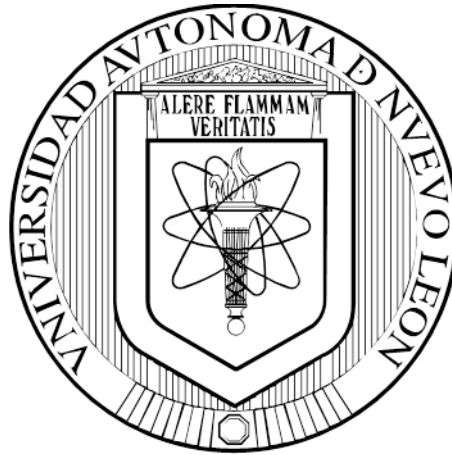


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA



INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA REDUCIR EL CONSUMO DE
ALCOHOL EN TRABAJADORES: AUTOEFICACIA Y REFLEXOLOGÍA
FACIAL

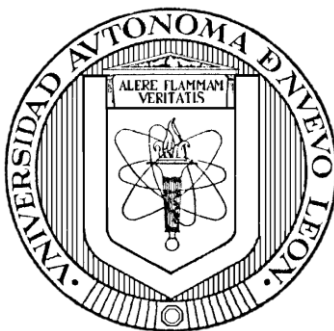
POR

MCE. ALDRI ROGER REYES CRUZ

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO
DE DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

JULIO, 2019

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA REDUCIR EL CONSUMO DE
ALCOHOL EN TRABAJADORES: AUTOEFICACIA Y REFLEXOLOGÍA FACIAL

Por

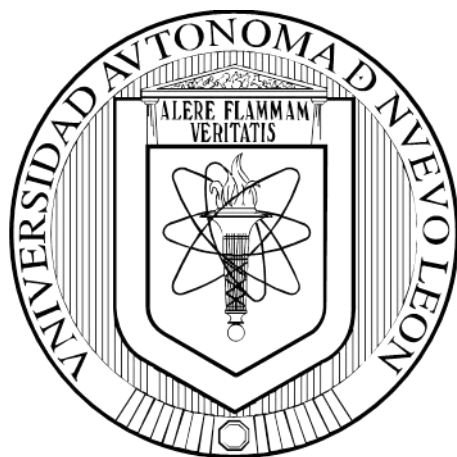
MCE. ALDRI ROGER REYES CRUZ

Como requisito parcial para obtener el grado de

DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

JULIO, 2019

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA REDUCIR EL CONSUMO DE ALCOHOL
EN TRABAJADORES: AUTOEFICACIA Y REFLEXOLOGÍA FACIAL

POR

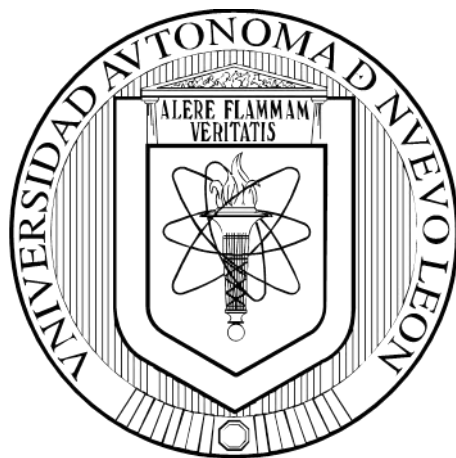
MCE. ALDRI ROGER REYES CRUZ

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO
DE DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

DIRECTOR DE TESIS
DRA. MARÍA MAGDALENA ALONSO CASTILLO

JULIO, 2019

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA REDUCIR EL CONSUMO DE ALCOHOL
EN TRABAJADORES: AUTOEFICACIA Y REFLEXOLOGÍA FACIAL

POR

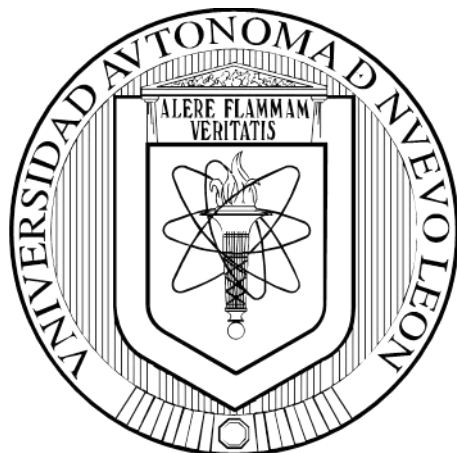
MCE. ALDRI ROGER REYES CRUZ

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO
DE DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

ASESOR EXTERNO
EDILAINE CRISTINA DA SILVA GHERARDI-DONATO, PHD

JULIO, 2019

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA REDUCIR EL CONSUMO DE ALCOHOL
EN TRABAJADORES: AUTOEFICACIA Y REFLEXOLOGÍA FACIAL

POR

MCE. ALDRI ROGER REYES CRUZ

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO
DE DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

ASESOR ESTADÍSTICO
MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA, PhD.

JULIO, 2019

**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA REDUCIR EL CONSUMO DE
ALCOHOL EN TRABAJADORES: AUTOEFICACIA Y REFLEXOLOGÍA
FACIAL**

Aprobación de Tesis

Dra. María Magdalena Alonso Castillo
Director de Tesis

Dra. María Magdalena Alonso Castillo
Presidente

Dra. Nora Angélica Armendáriz García
Secretario

Dr. Francisco Rafael Guzmán Facundo
1er. Vocal

Dra. Lourdes Garza Ocañas
2do. Vocal

Marco Vinicio Gómez Meza, PhD
3er. Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo
Subdirector de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por el apoyo brindado para cursar el Doctorado en Ciencias de Enfermería.

A las autoridades de la Universidad Autónoma de Nuevo León y de la Facultad de Enfermería, por la oportunidad y las facilidades brindadas para concluir mis estudios. Especialmente a la Mtra. María Diana Ruvalcaba Rodríguez, Directora de la Facultad de Enfermería de la UANL y a la Dra. María Magdalena Alonso Castillo, Subdirector de Posgrado e Investigación, por darme la oportunidad de formar parte del programa de Doctorado en Ciencias en Enfermería.

A mi director de tesis la Dra. María Magdalena Alonso Castillo, por transmitirme sus conocimientos, por brindarme su paciencia y comprensión, por ser mi guía en esta investigación y por motivarme a dar lo mejor de mí.

A las instituciones donde se realizó el estudio y al personal que colaboró en la investigación, especialmente la Dra. Sandra Rodiles Quiroz, la Lic. Marisol Chávez, la MCE. Nora Nelly Oliva y la Dra. Silvia Espinoza por su apoyo y facilidades prestadas.

A los participantes de la intervención breve de enfermería para reducir el consumo de alcohol que ofrecieron su tiempo, información y colaboración.

A los miembros del jurado de tesis, la Dra. Nora Angélica Armendáriz, el Dr. Francisco Rafael Guzmán, la Dra. Lourdes Garza y el Dr. Marco Vinicio Gómez, y al asesor externo la Dra. Edilaine da Silva Gherardi-Donato, por sus contribuciones a este trabajo.

A la División Académica de Ciencias de la Salud de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, en particular a la Dra. Valentina Rivas Acuña por impulsarme a continuar mi formación profesional.

A los maestros de posgrado de la Facultad de Enfermería por compartir sus conocimientos, al personal administrativo de Posgrado e Investigación.

Dedicatoria

A Dios y a su Hijo Jesucristo, por haberme dado una esperanza de vida eterna, mostrarme su infinita misericordia, gracia y amor en la cruz. Quien me permitió llegar hasta este momento en mi formación profesional, sin embargo todo lo considero pérdida por razón del incomparable valor de conocer a Cristo Jesús mi Señor; por él lo he perdido todo, y lo tengo por basura, a fin de ganar a Cristo.

A mi madre Rosa Elvira Cruz, por ser el pilar el más importante de mi vida, por demostrarme siempre su amor y apoyo incondicional.

A mis hermanos Jafet Usiel Reyes y Abigail Reyes, por su cariño y apoyo brindado cuando estuve lejos de casa.

A mis amigos Bernardo Sánchez, Félix Jiménez y Jennifer Domínguez Chávez por sus sabios consejos y por estar siempre presente en momentos importantes de mi vida.

RESUMEN

MCE. Aldri Roger Reyes Cruz
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Julio, 2019

Título del Estudio: INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA REDUCIR EL CONSUMO DE ALCOHOL EN TRABAJADORES: AUTOEFICACIA Y REFLEXOLOGÍA FACIAL

Número de páginas: 146

Candidato a obtener el grado de
Doctor en Ciencias de Enfermería

LGAC: Prevención de Adicciones: Drogas Lícitas e Ilícitas

Propósito y Método del Estudio: Analizar la factibilidad y efecto de una intervención breve de enfermería basada en el consejo breve, la autoeficacia y la reflexología facial para la reducción de la percepción de estrés y del consumo de alcohol en trabajadores. El estudio fue pre-experimental, con un diseño pretest- posttest. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, el tamaño de muestra se calculó con un nivel de significancia de .05, un poder de 85% y un tamaño de efecto de .55, la muestra final fue de 40 trabajadores. Se utilizó una cédula de datos personales, el cuestionario de confianza situacional (Echeverría & Ayala, 1997) obtuvo en este estudio .92 de Alpha de Cronbach, el cuestionario sobre las consecuencias del alcohol y drogas (Cunningham et al., 1997) con .87 de confiabilidad, la escala de estrés percibido (Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983) con .81 de confiabilidad, la línea base retrospectiva (Sobell & Sobell, 1993), y el software blood alcohol calculator (Alcohol Help Center, 2017). La intervención breve fue diseñada e implementada por enfermeros, se realizaron siete sesiones, una por semana, con duración de una hora, fue entregada en el lugar de trabajo con el apoyo de dos manuales (del facilitador y del participante). En todas las sesiones se aplicó el consejo breve basado en el protocolo FRAMES de Miller (1999), reflexología facial y se brindó seguimiento telefónico entre una sesión y otra.

Contribuciones y Conclusiones: El 57.5% son hombres, el 70% inició el consumo de alcohol entre 14 y 18 años de edad, el 35% tiene consumo excesivo ocasional, el 52.5% consume de 5 a 9 copas de alcohol en un día típico. La entrega de la intervención se realizó en la hora establecida en el 97.5% de las citas establecidas, hubo necesidad de reprogramar citas en el 32.7% de los casos. El 95% de los participantes consideró que los consejos ofrecidos en la intervención fueron útiles y muy útiles, el 100% refirió que el contenido del manual del participante que incluía información sobre las consecuencias del consumo de alcohol y el plan de acción para reducir el consumo de alcohol fue útil y muy útil, el 80% consideró que las llamadas telefónicas recibidas para el seguimiento y aclaración de dudas fueron útiles y muy útiles, el 100% consideró que recibir reflexología facial fue útil y muy útil. El 90% de los participantes respondió estar satisfecho y muy satisfecho con el número y duración de las sesiones.

Existen diferencias significativas entre la medición inicial y la medición final en las expectativas de autoeficacia total ($Z = -3.6, p = .001$), las expectativas de resultados beneficio ($Z = -2.4, p = .016$), la percepción de estrés ($Z = -2.2, p = .027$), la presión arterial sistólica ($Z = -2.3, p = .021$), la presión arterial diastólica ($Z = -2.6, p = .007$), en el número de bebidas alcohólicas consumidas ($Z = -5.2, p = .001$) y en el nivel de alcohol en sangre ($Z = -5.3, p = .001$). La autoeficacia total tiene una correlación positiva con la expectativa de resultado beneficios ($r_s = .372, p = .018$) y con la edad de consumo de la primera bebida alcohólica ($r_s = .392, p = .012$). Existe una correlación negativa de la autoeficacia total con la percepción de estrés ($r_s = -.520, p = .001$), con el número de copas consumidas en un día típico ($r_s = -.553, p = .001$) y con el nivel de alcohol en sangre ($r_s = -.419, p = .007$).

Este estudio contribuye al avance de la explicación de la prevención del consumo excesivo de alcohol en trabajadores y destaca la importancia de incluir variables psicosociales como expectativas de autoeficacia, expectativas de resultado y la percepción de estrés para prevenir y tratar el consumo de drogas. Se recomienda seguir aplicando la intervención con consejo breve, reflexología facial y seguimiento telefónico para reducir el estrés y el consumo de alcohol en otros grupos poblacionales y en diversos contextos. Así como incluir un grupo control y realizar seguimiento a los seis y doce meses posterior a la intervención para observar el efecto en un periodo más amplio.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS _____

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco Teórico	7
Estudios Relacionados	28
Definición de Términos	35
Objetivo General	37
Objetivos Específicos	37
Hipótesis	37
Capítulo II	
Metodología	38
Diseño del Estudio	38
Población, Muestreo y Muestra	38
Criterios de Inclusión	39
Criterios de Exclusión	39
Criterios de Eliminación	39
Instrumentos de Medición	39
Procedimiento de Reclutamiento de Participantes	49
Procedimiento de Recolección de Datos	49
Síntesis de la Intervención Breve	51
Reclutamiento y Entrenamiento de Facilitadores	53
Consideraciones Éticas	54
Plan de Análisis	55
Capítulo III	
Resultados	57
Factibilidad del Estudio de Intervención	57

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Evaluación de la Intervención y Satisfacción del Participante	61
Consistencia Interna de los Instrumentos	63
Estadística Descriptiva	64
Estadística Inferencial	66
Capítulo IV	
Discusión	77
Conclusiones	90
Limitaciones del Estudio	91
Recomendaciones	92
Referencias	93
Apéndices	111
A. Cédula Filtro	112
B. Cuestionario de Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol	113
C. Etapas de Cambio en el Consumo de Alcohol	114
D. Cédula de Datos Personales	115
E. Cuestionario de Confianza Situacional	117
F. Cuestionario sobre las Consecuencias del Alcohol	120
G. Escala de Estrés Percibido	122
H. Línea Base Retrospectiva (LIBARE)	124
I. Procedimiento para Tomar el Peso	125
J. Procedimiento Para Medir la Presión Arterial	126
K. Lista de Cotejo de Factibilidad de Reclutamiento de Participantes	128
L. Lista de Cotejo de Factibilidad de la Entrega de la Intervención	130
M. Cuestionario de Evaluación de la Intervención	131

Tabla de Contenido

Contenido	Página
N. Protocolo de Intervención de Enfermería	134
O. Consentimiento Informado	144

Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Diseño pretest-postest	38
2. Pruebas estadísticas para dar respuesta a los objetivos del estudio	56
3. Pruebas estadísticas para contrastar las hipótesis del estudio	56
4. Rama de las industrias invitadas a participar en el proyecto de investigación	57
5. Características de la entrega de la intervención de enfermería	60
6. Razones de reprogramación de sesiones de la intervención de enfermería	60
7. Evaluación de los participantes de los componentes de la intervención	61
8. Evaluación de la satisfacción de los participantes con la intervención	62
9. Consistencia interna de los instrumentos SCQ, ADCQ, PSS	63
10. Características personales de los participantes	64
11. Antecedentes del consumo de alcohol de los participantes	65
12. Prueba de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de Lilliefors	66
13. Prueba de Wilcoxon para las variables psicosociales	68
14. Prueba de Wilcoxon para la presión arterial	70
15. Prueba de Wilcoxon para las variables de consumo de alcohol	71
16. Correlación de Spearman de las variables principales del estudio en el postest	73
17. Correlación de Spearman del SCQ con el número de copas de copas de alcohol	75
18. Correlación de Spearman del ADCQ con el número de copas de alcohol	76

Lista de Figuras

Figura		Página
1.	Representación gráfica de la Teoría de Autoeficacia de Bandura desarrollada por Resnick	10
2.	Estructura conceptual-teórico-empírico	25
3.	Modelo de intervención de enfermería para reducir el consumo de alcohol en trabajadores: autoeficacia y reflexología facial	27
4.	Flujograma de reclutamiento de industrias	58
5.	Flujograma del reclutamiento de participantes	59
6.	Promedio de puntuaciones de las variables psicosociales	69
7.	Promedio de puntuaciones de la presión arterial	70
8.	Promedio de puntuaciones de las variables de consumo de alcohol	72

Capítulo I

Introducción

El alcohol ha formado parte de la civilización durante miles de años; está inmerso en las tradiciones culturales y en eventos significativos de las personas (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2010). El consumo excesivo de alcohol conlleva consecuencias perjudiciales en la salud de los individuos. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) refiere que el 5.9% de las defunciones y el 5.1% de la carga mundial de enfermedades y lesiones están asociadas al consumo de alcohol; en las Américas es la causa de más de 274 millones de Años de Vida Perdidos (AVP). Es un factor asociado a más de 200 enfermedades como: cáncer, enfermedad crónica hepática, enfermedad cardíaca, lesiones en el sistema nervioso.

La OPS (2015) informó que México reporta una de las tasas de mortalidad más elevadas atribuibles al alcohol en las Américas, al exceder la cifra de 100 defunciones por cada 100 mil habitantes. En la población mexicana adulta del 2002 al 2016 la prevalencia de consumo de alcohol de alguna vez en la vida incrementó de 72% a 77.3%; de los últimos doce meses ascendió de 51.3% a 53.3%; del último mes aumentó de 22.2% a 39.9%. En el estado de Nuevo León la prevalencia de consumo de alcohol de alguna vez en la vida presenta porcentajes mayores (54.8%) al nacional (49.1%), así mismo la prevalencia en el último mes tiene porcentaje mayor (51%) a la nacional que es del 35.9% (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz [INPRFM], Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], Comisión Nacional Contra las Adicciones [CONADIC], Secretaría de Salud [SSA], 2017).

El consumo excesivo de alcohol se vincula con problemas personales, familiares y sociales; que influyen en la calidad de vida de las personas y tiene efectos negativos en los espacios de trabajo (Rodríguez, 2015). Este consumo afecta el desempeño laboral, incrementa el ausentismo, la incapacidad por enfermedad y se aumentan los costos

económicos por las estancias hospitalarias que tienden a ser más prolongadas; además es el responsables del 40% de los accidentes de trabajo (Institute of Alcohol Studies, 2014; SSA, 2011).

El consumo de alcohol es un fenómeno complejo, se conocen algunos de los factores involucrados con el consumo de alcohol en trabajadores: ser hombre, ser joven, estar soltero, bajo nivel educativo, bajos ingresos económicos. Así mismo el lugar donde laboran puede ser un factor de riesgo, como laborar en sitios donde venden bebidas alcohólicas, en trabajadores de la construcción y obreros. Otro factor relacionado es percibir el consumo como una forma de recompensa y de socializar, el tener baja percepción de las consecuencias y creer tener el control sobre el consumo (Cirera, Aparecida, Rueda, & Ferraz, 2012; Keenan et al., 2015; Kim & Jeon, 2012; Ling et al., 2012).

Aunado a lo anterior, un factor asociado al consumo de alcohol en trabajadores es la percepción de estrés, la literatura indica que los trabajadores pueden consumir alcohol como una forma de afrontar el estrés y superar las emociones negativas que surgen en el trabajo. Principalmente en aquellos que se desempeñan en jornadas de trabajo prolongadas, con inestabilidad laboral y con baja satisfacción laboral (Bacio, Moore, Karno, & Ray, 2014; Charro, 2012; Colell, Sánchez, Benavides, Delclo, & Domínguez, 2014; Keenan et al., 2015; Lee, Kim, & Hong, 2015; Otero, 2011).

Existe una variedad de intervenciones o servicios terapéuticos para reducir el consumo de alcohol, bajo el enfoque farmacológico, cognitivo conductual, psicoanalítico, psicoeducativo, terapia centrada en la familia y terapia de grupo; el enfoque farmacológico y cognitivo conductual han sido de los más utilizados (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2010). El empleo del tratamiento farmacológico como la naltrexona, acamprosato y disulfiram están enfocados a disminuir las recaídas al consumo de alcohol y reducir los síntomas de abstinencia. Estos tratamientos han mostrado diversos grados de eficacia (15 a 45% en la tasa de abstinencia) y sus efectos

tienden a reducirse a los doce meses de seguimiento. Además no son accesibles para todos los pacientes, generando un costo adicional (Brock, Tofighi, Lee, & Fastenberg, 2013; Guardia, 2011, 2015; Lefio et al., 2013).

La intervención cognitivo conductual ayuda a comprometer a las personas con el cambio, mediante la motivación y el incremento de la autoeficacia; esta se basa en la teoría de la autoeficacia de Bandura (1977). La intervención breve coadyuva a modificar actitudes con respecto al consumo de alcohol y aumentar las destrezas y habilidades para la vida, así como las capacidades de autoeficacia. Permite reconocer las situaciones de riesgo de consumo, coadyuva a enfrentar asertivamente la presión social, permite encontrar y utilizar estrategias para evitar o reducir el consumo (Cheal, McKnight-Eily, & Weber, 2014; Moyer & Finney, 2015; NIDA, 2010).

Los programas de tratamiento con mayor efectividad encaminados a reducir el consumo de alcohol, son aquellos que se basan en teoría, evidencia científica y ofrecen una combinación de terapéuticas; por ello las intervenciones breves incluyen una serie de componentes que incrementa su efectividad como: la entrevista motivacional, el seguimiento telefónico, el uso de materiales educativos de autoayuda y la retroalimentación (NIDA, 2010; OPS, 2011).

Una de las metas del cuidado de enfermería es atender al paciente como una totalidad o ser humano integral, donde la escucha activa del enfermero, la empatía, la calidez no posesiva (respeto a la dignidad, individualidad y libre expresión), el fomento de la responsabilidad de su propio cuidado y la no confrontación (evitar la discusión o debates innecesarios), son parte de las intervenciones terapéuticas de enfermería, especialmente en el área de adicciones. En este proceso de cuidado sería importante incluir en la intervención breve una terapia complementaria, debido a que la literatura actual muestra que estas contribuyen a reducir el estrés y el número de copas en personas con consumo excesivo de alcohol (Kamboj et al., 2017; Park, Russel, & Fendrich, 2018; Southern et al., 2016). Dentro de estas terapias las más utilizadas

incluyen la música, el yoga, la aromaterapia, el masaje, el ejercicio, la atención plena y la reflexología (Snyder & Lindquist, 2011).

La reflexología en años recientes ha adquirido gran aceptación en la medicina occidental debido a que es segura, factible de aplicar, de bajo costo y confiable, por lo que cada vez es más utilizada como parte del cuidado de enfermería en personas con estrés, dolor, ansiedad e insomnio, entre otros; en los que se reporta una mejora de los síntomas e incremento del bienestar general. La reflexología facial consiste en trazar mapas para representar todos los órganos y sistemas del cuerpo (puntos reflejos) como el corazón, estómago, vejiga, hígado y vesícula; estos puntos reflejos se estimulan de forma ordenada mediante presión dactilar, con la finalidad de conseguir diferentes efectos en la salud, como la reducción del estrés (Eghbali, Safari, Nazari, & Abdoli, 2012; Jackson, 2012; Jeongsoon, Misook, Youghae, Jinsun, & Jungsook, 2011; Mohamed & Hussain, 2011; Valizadeh, Seyyedrasooli, Zamanazadeh, & Nasiri, 2015).

Por lo anterior y considerando que se han realizado estudios en el área metropolitana de Monterrey Nuevo León, que sugieren un posible efecto de la reflexología facial en la disminución del estrés, se incluyó esta terapia en la intervención planteada, para valorar su factibilidad de aplicación en escenarios laborales y potenciar los efectos del consejo breve para reducir el consumo de alcohol (Alcántara et al., 2014; Méndez, Sáenz, Oliva, Alonso, B., & Alonso, M., 2014; Navarro, Oviedo, Alonso, Oliva, & Alonso, 2014; Snyder & Lindquist, 2011; Valizadeh et al., 2015).

Un elemento clave en el éxito de las intervenciones de enfermería es el uso de marcos teóricos de los que se desprendan las intervenciones. Resnick (2014) plantea el uso de la teoría de autoeficacia de Bandura para el diseño de intervenciones de enfermería, que pueden influir en la modificación de las expectativas de autoeficacia, las expectativas de resultado y conductas específicas de salud; esto mediante el uso de las fuentes de información de la autoeficacia (logro en acción, experiencia vicaria, persuasión verbal y retroalimentación fisiológica).

En las intervenciones breves para reducir el consumo de alcohol un elemento central es la autoeficacia, ya que se considera un mediador de los efectos del tratamiento (Kadden & Litt, 2011; Torrecilla, Cabo, Delgado, & Ucles, 2015). La autoeficacia se define como “un juicio del individuo sobre sus capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción” (Bandura, 1977). De acuerdo a Marlatt, Baer y Quigley (1999) la autoeficacia puede influir reforzando la capacidad en todos los estadios del cambio de salud; cuando la persona contempla la posibilidad de modificar sus hábitos de salud, cuando trata de adquirir la motivación y perseverancia para tener éxito, así como en el mantenimiento de los cambios logrados.

Aunado a lo anterior, la autoeficacia es un recurso importante para hacer frente al estrés, las personas con alto sentido de autoeficacia experimentan los problemas y desafíos como tareas fáciles de realizar, por lo que superan más rápido los obstáculos y barreras. Tienen un profundo interés por las acciones que realizan, expectativas más positivas del futuro y desarrollan un fuerte sentido de compromiso con la intervención para reducir el consumo de alcohol (Feng, Li, & Chen, 2015; Nwankwo & Onyishi, 2012; Zhao, Lei, He, Gu, & Li, 2015). En virtud de lo anterior se considera adecuado emplear la teoría de autoeficacia de Bandura (1977) como marco que guíe el presente estudio; esta teoría ha sido traída al campo de enfermería por Resnick (2014), donde en base a resultados de investigaciones ha elaborado un modelo que explica las relaciones de los conceptos.

Cabe resaltar que cada vez existe mayor evidencia del papel de enfermería en la identificación y tratamiento de personas con problemas relacionados con el abuso de alcohol y otras sustancias. Algunas revisiones sistemáticas indican que las intervenciones breves realizadas por enfermeros para reducir el consumo de alcohol, han demostrado ser tan efectivas como las implementadas por otros profesionales de la salud; este tipo de intervenciones han sido realizadas por enfermeros en espacios

hospitalarios, en centros de atención primaria, en escuelas, en los hogares y en las áreas de trabajo (Joseph et al., 2014; Nkowane, Watson, & Roy Malis, 2013).

La importancia de este estudio se apoya en la aplicación de un protocolo de intervención breve de enfermería, denominado “Intervención de enfermería para reducir el consumo de alcohol en trabajadores: autoeficacia y reflexología facial”. Se considera que esta intervención es una innovación debido a que se introduce un servicio que puede ser aplicado en atención primaria (intervención de enfermería) que significativamente podría impactar en las personas con problemas de consumo de alcohol mediante un método (protocolo sistematizado) donde se organiza de forma conjunta dos terapias que han sido aplicadas independientemente (consejo breve y reflexología facial) y han mostrado su eficacia (Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, 2014). En esta innovación se integran los elementos recomendados por Miller (1999): retroalimentación, responsabilidad, consejo, menú de opciones, empatía, y autoeficacia (FRAMES); siendo este último el componente central de este estudio.

El protocolo FRAMES y la reflexología facial se han utilizados de forma independiente en estudios previos en México. Respecto al protocolo FRAMES ha sido aplicado en una intervención breve para disminuir el consumo de alcohol en personas que sufrieron accidente automovilístico en Nuevo León y en estudiantes universitarios de Aguascalientes. Los autores reportan que la aplicación fue factible en los domicilios de los pacientes, se observó una reducción significativa del consumo de alcohol al final de la intervención y durante el seguimiento (Alonso & Esparza, 2003; Salazar, Pérez, Ávila, & Vacio, 2012).

En población trabajadora el protocolo FRAMES ha sido aplicado en intervenciones breves para reducir el consumo de alcohol en contextos diferentes a la población mexicana, como Estados Unidos, Reino Unido y Japón; en los que se reporta una reducción significativa del consumo de alcohol (Joseph, Basu, Dandapani, & Krishnan, 2014; Kolar & Treuer, 2015; Mdege, 2013; Webb et al., 2008).

En relación a la reflexología facial se han realizado estudios pilotos en Monterrey, Nuevo León; estos se han enfocados a reducir el estrés en estudiantes universitarios y en trabajadores del área de la salud. Los resultados indican una reducción significativa de la percepción de estrés; además los participantes refirieron sentirse más tranquilos y con mayor bienestar (Alcántara et al., 2014; Méndez, Sáenz, Oliva, Alonso, B., & Alonso, M., 2014; Navarro, Oviedo, Alonso, Oliva, & Alonso, 2014). En la literatura internacional se reportan resultados positivos de la reflexología en la reducción de la percepción de estrés en adultos sanos (Embong, Soh, Ming, & Wong, 2015; Ghazavi, Pouraboli, Sabzevari, & Mirzaei, 2016; Hodgson & Lafferty, 2012).

Los resultados de este estudio amplían el conocimiento científico en la disciplina de enfermería al explicar cómo la autoeficacia influye en la modificación de la conducta de consumo alcohol; así como mostrar la utilidad de la reflexología facial como terapia complementaria en la reducción del estrés. Este protocolo de intervención podría ser de utilidad para enfermería en el campo de la prevención y tratamiento de conductas adictivas; respalda la importancia del uso de teorías como guía para el diseño y aplicación de protocolos de cuidado en el ámbito de las adicciones.

Por lo anterior la presente investigación tiene como finalidad: Analizar la factibilidad y efecto de una intervención breve de enfermería basada en la autoeficacia y la reflexología facial para la reducción de la percepción de estrés y del consumo de alcohol en trabajadores.

Marco Teórico

En este apartado, se describe la teoría de autoeficacia de Bandura (1977), la cual es considerada como sustento teórico del presente estudio; debido a que esta teoría no cuenta con una representación gráfica de las relaciones entre los concepto, se emplea la representación gráfica propuesta por Resnick (2014). Seguido se explica el concepto de intervención breve basada en el FRAMES, el concepto de reflexología y el concepto de consumo de alcohol. Posteriormente se describe la reconceptualización y definición

operacional de los conceptos de la teoría; finalmente se muestra la representación conceptual- teórico- empírica del presente estudio.

La teoría de autoeficacia de Bandura.

La teoría de autoeficacia se desprende de la teoría cognitiva social de Albert Bandura (Bandura, 1977). El núcleo de la Teoría de Autoeficacia se enfoca en la influencia que puede ejercer la persona sobre su conducta. En la teoría se diferencian dos componentes centrales: 1) Las expectativas de autoeficacia, entendidas como un juicio sobre la capacidad personal para llevar a cabo una tarea determinada y 2) Las expectativas de resultados, que se refiere al juicio que hace un individuo sobre lo que considera puede ocurrir si una determinada tarea se lleva a cabo.

Ambos conceptos fueron diferenciados dado que los individuos pueden pensar que un determinado comportamiento dará lugar a un resultado específico; sin embargo, pueden creer que no son capaces de realizar el comportamiento requerido para que el resultado se produzca. Las expectativas de resultado se basan en gran medida en las expectativas de autoeficacia del individuo, ya que aquellos individuos que se consideran con alta autoeficacia en el logro de un comportamiento determinado esperan resultados favorables por ese comportamiento (Bandura, 1977, Resnick, 2014).

La teoría de autoeficacia de Bandura propone que el juicio acerca de la autoeficacia se basa en cuatro fuentes de información: 1) El logro en acción, que es el rendimiento real de un comportamiento, este se considera como el más influyente entre las fuentes de la información de autoeficacia, ya que la realización de una actividad refuerza las creencias de autoeficacia. Por el contrario los repetidos fracasos para llevar a cabo una determinada actividad tendrán un impacto negativo en las expectativas de autoeficacia; 2) La persuasión verbal, que implica informar a una persona que ella tiene la capacidad de dominar el comportamiento dado, ya que la persuasión verbal lleva a la persona a incrementar el sentido de autoeficacia y a intensificar los esfuerzos en el cambio del comportamiento de riesgo para la salud (Bandura, 1977).

3) La experiencia vicaria (modelado de roles) implica visualizar a otras personas desempeñar un comportamiento determinado con éxito; y 4) La retroalimentación fisiológica/emocional, que implica que los individuos se basan en la información de su estado fisiológico y emocional con el fin de juzgar sus habilidades. Estos indicadores son especialmente importantes al hacer frente a los factores de estrés, logros físicos y el funcionamiento de la salud, ya que los individuos evalúan su estado fisiológico o emocional y si es aversivo, puede evitar la realización de la conducta.

Bandura (1977) refiere que la relación entre la persona, el ambiente y la conducta operan de forma interactiva como determinantes unas de otras; esto no necesariamente indica que la influencia de los factores personales, conductuales y ambientales sea igual. La influencia de un factor puede ser más fuerte que otro dependiendo de la situación, a su vez esta influencia puede variar con el tiempo.

Resnick (2014) ha utilizado la teoría de autoeficacia de Bandura como marco para el desarrollo de intervenciones de enfermería y con base a sus resultados ha diseñado un modelo en el que explica las relaciones entre los conceptos de la teoría. En este la autora indica que las cuatro fuentes de información de la autoeficacia (el logro en acción, la experiencia vicaria, la persuasión verbal y la retroalimentación fisiológica) influyen potencialmente sobre las expectativas de autoeficacia y sobre las expectativas de resultado e interactúan con las características del individuo y el medio ambiente. Las expectativas de autoeficacia y las expectativas de resultado actúan como moderadores entre fuentes de información y la conducta (Figura 1). Estas fuentes de información en el presente estudio representan el currículum o los elementos clave de la intervención.

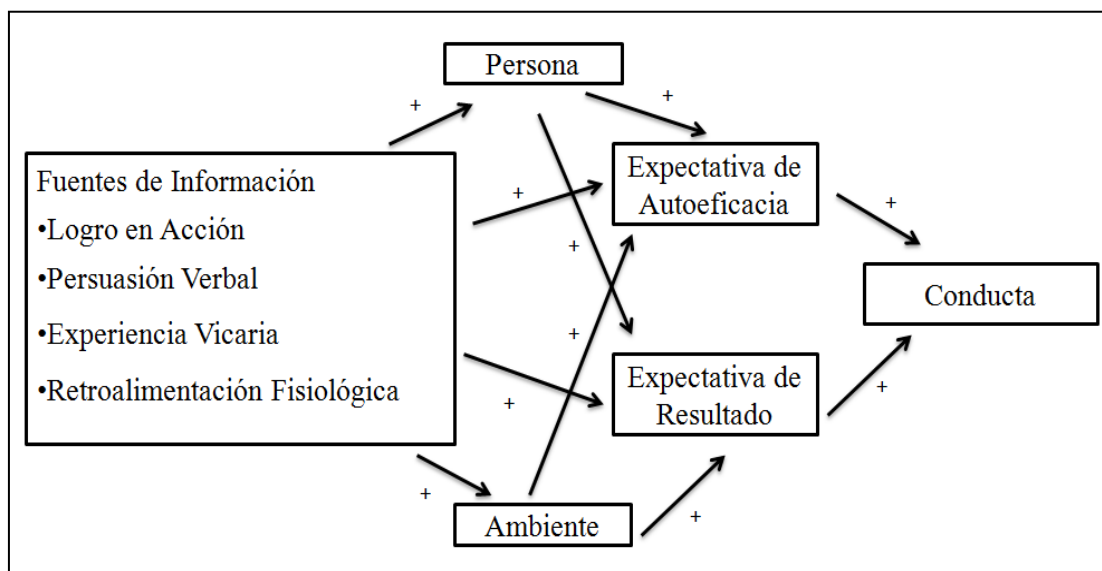


Figura 1. Representación Gráfica de la Teoría de Autoeficacia de Bandura desarrollada por Resnick

La intervención breve basada en FRAMES.

La intervención breve se sustentan en el enfoque cognitivo-conductual, del cual se desprende la teoría de autoeficacia (Bandura, 1977). El término intervención breve incluye una gama de acciones que varían en contenido, duración, intensidad, metas, escenarios, especialistas involucrados, entre otros. Es una estrategia terapéutica que combina la identificación temprana de personas con una conducta de consumo de alcohol (drogas) que los exponen al riesgo, y la oferta de un tratamiento antes de que lo soliciten por su propia voluntad, y en algunos casos incluso antes de que adviertan que su estilo de beber alcohol puede causar problemas (Echeverría, Ruiz, Salazar, Tiburcio, & Ayala, 2007; Sánchez & Gradolí, 2001, 2002).

Alexander (2016) describe la intervención breve como una terapia que se utiliza para iniciar la modificación de las conductas que son perjudiciales para la salud, como el consumo de alcohol; en la cual se efectúa una conversación cara a cara. Estas intervenciones permiten aumentar la percepción de la persona de los riesgos reales y

potenciales asociados con el consumo de alcohol, así como aumentar la autoeficacia y motivar la modificación del comportamiento, con la finalidad de optimizar los resultados de salud y ayudar a las personas a considerar las razones para modificar sus hábitos y los riesgos de no hacerlo.

La intervención breve consta de sesiones de consejería, individuales o en pequeños grupos, limitadas en tiempo, donde el consejero provee información acerca de los patrones de consumo de alcohol y los riesgos potenciales; una vez recibida la retroalimentación personalizada, el consejero trabajará con el cliente para fijar objetivos o metas y aportar estrategias que lo ayuden a realizarlas y mantenerlas (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA], 2015a).

La intervención breve es un proceso sistemático, su objetivo es proporcionar a los pacientes las herramientas adecuadas para modificar actitudes y manejar los problemas subyacentes del consumo de riesgo de alcohol. Este tipo de intervenciones son diseñadas para personas que no son dependientes al alcohol, pero que consumen la sustancia de manera riesgosa, lo que puede ocasionar problemas de salud, sociales, legales, laborales y económicos (Babor & Higgins-Biddle, 2001; OPS, 2011).

En las intervenciones para reducir el consumo de sustancias, la autoeficacia y la motivación del cliente son elementos claves, ya que estos están asociados con una mayor participación en la intervención y con resultados positivos; que incluyen disminución del consumo, una mayor tasa de abstinencia, una actitud positiva hacia la modificación y un compromiso con las metas. Las personas necesitan y usan diferentes clases de estrategias de acuerdo a la etapa del cambio en la que se encuentran y hacia la que transitan; ya que si se utilizan estrategias no apropiadas a la etapa de cambio, el resultado podría ser una resistencia al tratamiento o no cumplir con el mismo (Miller, 1999).

Para Miller (1999) una intervención breve efectiva debe poseer una serie de componentes coherentes, los cuales se resumen por el acrónimo FRAMES: Feedback (retroalimentación), Responsibility (responsabilidad), Advice (consejo) Menu of

Options (opciones de cambio), Empathy (empatía) y Self-efficacy (autoeficacia), estos se describen a continuación:

- a) La retroalimentación personalizada y constructiva permite ofrecer información a la persona sobre el riesgo personal, después de la evaluación del tipo de consumo que está experimentando y los problemas asociados a este. En la retroalimentación cara a cara o por teléfono se debe comparar el tipo de consumo de la personas con las puntuaciones derivadas de instrumentos o pruebas estandarizadas (como el AUDIT) o con datos normativos de la población general o de grupos específicos. Al proporcionar retroalimentación al individuo es necesario que se haga de una forma respetuosa, directa, con un lenguaje apropiado que le ayude a reconocer la existencia de un problema del consumo y la necesidad de la medicación de la conducta. La retroalimentación sobre la mejoría o avances es valiosa como método para reforzar el progreso (Miller, 1999). A través del seguimiento telefónico entre una sesión y otra es posible dar retroalimentación al individuo al proporcionarle orientación, aclaración de dudas y ofrecer aliento para alcanzar sus metas (Crombie et al., 2017; Gates & Albertella, 2015).
- b) La responsabilidad, se considera cuando los individuos tienen la elección de continuar con su comportamiento o modificarlo. La intervención breve exhorta a las personas a tomar un papel activo en la intervención al permitir que establezcan sus metas y que asuman la responsabilidad por el cambio. Cuando la persona entiende que son responsables del proceso de cambio, se sienten con fuerza y mayor poder, lo que produce mejores resultados (Miller, 1999).
- c) La consejería permite ofrecer una serie de opciones o alternativas que contribuyan al logro de la meta de reducir el consumo de alcohol; estas alternativas deben basarse en evidencia científica. Cualquier consejería debe ir a la par con el nivel de comprensión, la escolaridad de la persona, así como la

situación social y cultural. El consejo se debe brindar de forma clara, objetiva e imparcial con respecto a cómo reducir los daños asociados con el consumo y los beneficios que se obtienen al reducir el consumo de alcohol (Miller, 1999).

- d) Las intervenciones breves brindan a los participantes una serie de opciones para reducir el consumo de alcohol, lo que le permite analizar y elegir las estrategias más adecuadas. Brindar opciones refuerza el sentido de control y responsabilidad personal para reducir el consumo de alcohol. Es importante ofrecer información precisa en cuanto a cada una de las alternativas y las implicaciones de seleccionar una en particular (Miller, 1999).
- e) La consejería empática incluye la cordialidad, respeto, atención, compromiso e interés activo. Esta implica escuchar atentamente a cada planteamiento del participante y repetirlo con diferentes palabras de tal forma que se asegure de que toda comunicación entre el facilitador y el participante es entendible y comprensible en su significado. La escucha experta y reflexiva que aclara y amplía la propia experiencia e intención del individuo es una parte fundamental de la expresión empática (Miller, 1999).
- f) La autoeficacia es considerada dentro de la intervención breve con un elemento fundamental, ya que para tener éxito o alcanzar la meta, las personas deben creer que son capaces de emprender tareas específicas y tener la confianza de que poseen las destrezas necesarias. Uno de los papeles principales de la intervención breve es fomentar la esperanza y el optimismo al reforzar la confianza de los participantes en sus propias habilidades y capacidades (Miller, 1999).

Babor y Higgins-Biddle (2001) recomiendan que se aplique la intervención breve en pacientes que deseen disminuir el consumo y cuya puntuación en el AUDIT esté en el rango comprendido entre 4 y 19 puntos; en este rango los usuarios no experimentan un daño en su salud, pero tienen un alto riesgo de padecer enfermedades crónicas, debido al consumo habitual del alcohol por encima de lo recomendado. Además tienen

un riesgo de sufrir lesiones, violencia, problemas legales, bajo rendimiento laboral o dificultades sociales derivados de episodios de intoxicación aguda de alcohol.

Finalmente las intervenciones breves tienen la ventaja de ser de bajo costo y de rápida aplicación por los profesionales de enfermería previa capacitación; además sus resultados pueden ser perdurables en el tiempo y pueden realizarse en una gran variedad de espacios como hospitales, centros de salud, escuelas, el centros de trabajo y en los domicilios (Morales, Martínez, Carrascoza, Chaparro, & Martínez, 2013).

La reflexología facial.

La reflexología facial es una terapia complementaria que consiste en la aplicación sistemática de presión dactilar en los puntos reflejos (puntos específicos que representan los órganos y sistemas del cuerpo) ubicados en la cara. El uso de la reflexología se remonta antes de la Era Cristiana, existen datos que indican que los Incas ya empleaban esta terapia en ciertas zonas de los pies para aliviar las enfermedades y dolencias; de igual forma algunos jeroglíficos egipcios muestran que la presión en las extremidades inferiores y superiores se usaban como forma de terapia; aunque se cree que la reflexología facial se originó en la antigua China, conocida en aquel entonces como tratamiento con presión digital (Atkins & Harris, 2008).

La reflexología aborda al ser humano desde el punto de vista biológico y psicológico, considera a la enfermedad como un desequilibrio energético, que debe atenderse, además del enfoque preventivo que busca el bienestar. Esta terapia considera la presencia de canales de energía que recorre por diversos órganos (corazón, hígado, estómago, entre otros) y terminan en la cara, en puntos específicos de la cara se encuentran representados los órganos del cuerpo y la presión de estos puntos contribuye a reducir el estrés (Embong et al., 2015).

Existen algunas teorías que sustentan la forma de cómo la reflexología influye en la salud de los individuos. En la actualidad la teoría del impulso nervioso es la más aceptada, propone que la estimulación dactilar de ciertos puntos o zonas reflejas provoca

la activación de las terminaciones nerviosas y de los canales de energía generando un impulso eléctrico y ondas, estos impulsos viajan a través de las redes nerviosas hasta llegar a la región cerebral que se encarga de regular los órganos y sistemas (Embong et al., 2015; McCullough, Liddle, Sinclair, Close, & Hughes, 2014).

La teoría del impulso nervioso sugiere que los beneficios de la reflexología pueden ser producidos por la modulación del sistema nervioso autónomo (SNA); el cual regula los sistemas que están bajo control inconsciente como la respiración, la frecuencia cardíaca y la presión arterial. Estos parámetros son sensibles a los factores estresantes y fluctúan de acuerdo a los cambios físicos o psicológicos experimentados por un individuo, a través de la modulación vagal que controla los cambios relajantes y la modulación simpática, responsable de controlar la excitación y la respuesta de "lucha-huida" (McCullough et al., 2014).

Por tanto la reflexología se fundamenta en la activación de procesos nerviosos, de procesos neuroquímicos y de los centros de control autónomo. Los beneficios que pueden obtenerse como resultado de la reflexología incluye: la estimulación de producción de endorfinas y la activación de la circulación sanguínea; lo que se observa a través de la relajación, la sensación de bienestar y la reducción del estrés (Embong et al., 2015; McCullough et al., 2014).

El consumo de alcohol.

El consumo de alcohol se define como la ingesta de bebidas alcohólicas, se evalúa en razón de la frecuencia y cantidad de la ingesta; una bebida alcohólica se refiere a cualquier sustancia que contiene en promedio de 10 gr. a 12 gr. de etanol en presentaciones equivalentes (bebidas estándar) como cerveza de 360 ml, copa de vino de 160 ml, copa de licor digestivo de 120 ml o un vaso de bebidas destiladas de 45 ml (Babor, De la Fuente, Saunders, & Grant, 1989; De la Fuente & Kershenovich, 1992).

El alcohol se metaboliza de forma diferente en hombres y mujeres, en general las mujeres tienen más proporción de grasa en el cuerpo y menos agua que los hombres, lo

que influye en la velocidad de absorción del alcohol. Además, ellas producen menor cantidad de enzimas alcohol-deshidrogenasa (ADH), que se encarga de convertir el alcohol a niveles que el hígado pueda procesar de forma segura, por lo que en las mujeres existe mayor concentración de alcohol en la sangre que en los hombres, aun consumiendo la misma cantidad (Porter, 2012).

Los tipos de consumo de alcohol pueden considerarse como: consumo sensato, consumo dependiente y consumo dañino. El consumo de alcohol sensato es la ingesta de cuatro bebidas alcohólicas estándar en los varones y no más de dos bebidas estándar (no más de tres veces por semana) en las mujeres. El consumo dependiente de alcohol se refiere a la ingesta de cinco a nueve bebidas alcohólicas por ocasión en los varones y de tres a cinco bebidas por ocasión en las mujeres, además que hayan dejado de realizar sus actividades por consumir alcohol, o que de una vez iniciado el consumo no pudiera detenerse y beber en la mañana siguiente después de haber bebido en exceso el día anterior (De la Fuente & Kershenobich, 1992).

El consumo dañino de alcohol ocurre cuando se ingiere en un día típico seis o más bebidas alcohólicas para las mujeres, y diez o más en los hombres; además de que alguna persona cercana o personal de salud, le manifieste al individuo su preocupación por su forma de beber, también por presentar síntomas tales como sentirse culpable o tener remordimiento por haber bebido, haber resultado lesionado o lesionar a otros como consecuencia del consumo y olvidar lo que ha pasado durante el tiempo que se ingiere bebidas alcohólicas (De la Fuente & Kershenobich, 1992).

El National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2015b) recomienda la evaluación de un patrón de consumo de alcohol denominado consumo explosivo de alcohol (Binge Drinking) definido como la ingesta de cinco o más bebidas alcohólicas estándar (que contenga equivalente de 10 a 12 gramos de alcohol puro) en un periodo de dos horas para el hombre, y cuatro o más bebidas alcohólicas estándar para la mujer en

el mismo periodo de tiempo; lo que genera niveles de concentración de alcohol en sangre de 0.08 g/dl (0.8g/L).

Otra forma de medir el consumo de alcohol es mediante el cálculo del Nivel de Alcohol en Sangre (NAS), esta técnica fue desarrollada por Widmark en 1981 (citado por Searle, 2015) permite establecer la concentración de alcohol en sangre de una persona en un momento determinado posterior al consumo de alcohol; mediante el uso de datos como el número de bebidas consumidas, la constante sexo, el peso en kilogramo y el tiempo de la última vez de consumo.

Reconceptualización y definición operacional de los conceptos de la teoría.

Fuentes de información.

La teoría de autoeficacia Bandura (1977) sugiere que el juicio de la autoeficacia se fundamenta en cuatro fuentes de información: el logro en acción, la persuasión verbal, la experiencia vicaria y la retroalimentación fisiológica. Las fuentes de información son elementos que coadyuvan a incrementar o reforzar la autoeficacia; las que son utilizadas como elementos de las intervenciones, ya sea una sola fuente o la combinación de estas. Para fines del presente estudio se consideró la persuasión verbal, la experiencia vicaria y la retroalimentación fisiológica como elementos de la intervención breve.

Persuasión verbal.

La persuasión verbal puede repercutir negativamente para que el individuo lleve a cabo conductas de riesgo para su salud, o de lo contrario influir positivamente para que la persona realice conductas saludables o inicie una modificación dirigida a mejorar sus comportamientos de salud (Bandura, 1977). Esta influye al fortalecer el interés de modificar la conducta, debido a que esta exhortación conduce a las persona a intensificar los esfuerzos para lograr la meta deseada en la conducta y sostenerla en el tiempo.

Resnick (2014) refiere que en enfermería las intervenciones educativas se utilizan a menudo como una forma de proporcionar estímulo verbal. Se han desarrollado intervenciones de enfermería, en las que el estímulo verbal fue el más utilizado en los

pacientes, en las que utilizaron estrategias como proporcionar información de los beneficios y barreras de la modificación de la conducta, uso de material educativo, la colocación de medios visuales como carteles en los que se recordaban los objetivos de la intervención, refuerzo positivo en relación a la adherencia a la intervención y el logro de metas, así como el estímulo verbal entre los propios participantes. Estas intervenciones de enfermería en las que se utilizó la persuasión verbal fueron efectivas en la modificación de conductas específicas como el autocuidado, el ejercicio físico, la alimentación, el aumento de conocimientos y la adherencia al tratamiento farmacológico (Chao, Scherer, Lucke, & Montgomery, 2013; Hiltunen et al., 2005; Ha, Hu, Petrini, & McCoy, 2014; Qi et al., 2011; Resnick et al., 2009a).

En el campo de las adicciones una estrategia que ha mostrado ser efectiva para proporcionar estímulo verbal a los participantes es el uso de la telefonía móvil. La literatura sugiere que el uso complementario de telefonía móvil puede contribuir a mejorar la eficacia de las intervenciones cara a cara dirigidas a disminuir el consumo de alcohol en adultos; a través de llamadas es posible proporcionar información a los participantes, ofrecer consejo individualizado, proporcionar asistencia en momentos de ansiedad y recaídas, aclarar dudas, animar al cliente a cumplir sus metas y realizar recordatorios (Crombie et al., 2017; Gates & Albertella, 2015; Signor et al., 2013).

Para fines de la presente investigación la persuasión verbal es “el estímulo verbal y/o escrito que se le proporciona al trabajador orientado a aumentar las expectativas de autoeficacia y las expectativas de resultado”, forma parte de los elementos de la intervención y se aplicó siguiendo lo recomendado por Miller (1999) en el protocolo FRAMES.

Experiencia vicaria.

La experiencia vicaria (modelado de roles), implica el aprendizaje a través de la observación de las conductas o acciones de otros individuos; por lo que una persona se puede convencer de que si otros individuos fueron capaces de llevar a cabo una

conducta, ella también debe ser capaz de lograrlo. La experiencia vicaria por lo tanto depende de la inferencia que realiza el individuo a partir de la comparación social, donde los individuos dentro de su grupo social creen ser capaces de ejecutar la conducta que han observado y que piensan es normal y aprobada, además esperan que los otros acepten que ellos pueden ejecutar esta acción (Plancarte, 2015; Resnick, 2014).

Las personas al ver que otros realizan con éxito la modificación de un comportamiento, creen que si intensifican y persisten en sus esfuerzos también podrán lograr y mantener el comportamiento (Bandura, 1977; Resnick, 2014). En intervenciones enfocadas al tratamiento de consumo de alcohol, se identificó a la experiencia vicaria como un elemento central en la disminución del consumo. Dijkstra, Sweeney y Gebhardt (2001) realizaron un estudio en el que comparan siete programas de tratamiento de abuso de sustancias, se observó que un componente psicosocial clave en los diferentes programas fue la presencia de mentores formales o informales (modelos), tales como los miembros del programa que se encuentran recuperados; lo que fueron considerados como modelos de éxito de la recuperación. Los hallazgos sugieren que la experiencia vicaria es un proceso fundamental de aprendizaje acerca de los efectos y la capacidad de autocontrolar el consumo de alcohol mediante la observación y comunicación con otros (Neff, Shorkey, & Windsor, 2006).

En el presente estudio la experiencia vicaria se definió como la “observación que hace el trabajador de otras personas (mediante historias de casos) que han logrado con éxito la reducción del consumo de alcohol, con la finalidad de aumentar las expectativas de autoeficacia y las expectativas de resultado”, forma parte de los elementos de la intervención y se aplicó siguiendo lo recomendado por Miller (1999) en el protocolo FRAMES.

Retroalimentación fisiológica.

Las personas dependen en parte de su estado fisiológico y emocional para juzgar su autoeficacia para realizar una determinada conducta. Las situaciones agotadoras y

estresantes generalmente provocan la excitación fisiológica que, dependiendo de las circunstancias, podría tener valor informativo respecto a la competencia personal para realizar una conducta (Bandura, 1977). Las organizaciones de trabajo y las características de los procesos de producción pueden ser una fuente importante de estrés; por lo que los trabajadores pueden adoptar diferentes conductas para disminuir las sensaciones y emociones provocadas por el estrés, una de las conductas más documentadas es el consumo de alcohol (Colell et al., 2014).

Resnick (2014) menciona que las intervenciones de enfermería pueden ser utilizadas para alterar la interpretación de la retroalimentación fisiológica y emocional, así como hacer frente a las sensaciones físicas y emocionales. Los resultados de una intervención para reducir el estrés laboral indican que las personas que se vuelven más conscientes de sus reacciones de estrés son más activas y eficaces en sus esfuerzos para reducir el impacto negativo del estrés a lo largo del tiempo (Landsman-Dijkstra, Wijck, & Groothoff, 2006). Otras intervenciones de enfermería refieren que el uso de la retroalimentación fisiológica en el que se monitorizó la carga emocional y física, la gestión de las molestias físicas, la discusión de las respuestas normales del tratamiento y mantener el confort, fueron efectivas para lograr un aumento de las expectativas de autoeficacia, de las expectativas de resultado y en la modificación de las conductas de salud (Chao et al., 2013; Ha et al., 2014).

El National Institute of Health (NIH, 2011) refiere que las terapias complementarias basadas en masaje, presión y manipulación de los músculos y otros tejidos blandos del cuerpo son utilizado por las personas con fines relacionados con la salud, como aumentar la relajación, reducir el estrés y contribuir al bienestar general. En el presente estudio se empleó la reflexología facial como una forma de retroalimentación fisiológica, con esta se busca reducir los niveles de estrés y aumentar la autoeficacia de los trabajadores, lo que podría potencializar el efecto de la intervención breve en la reducción del consumo de alcohol.

La revisión de la literatura sugiere que las intervenciones con reflexología son efectivas para la reducción de la percepción de estrés en población sana o con padecimientos de salud (Embong et al., 2015; Hughes, Krirsnakriengkrai, Kumar, & McDonough, 2011; McCullough et al., 2014). Para fines prácticos la reflexología facial se define como “la estimulación de los puntos reflejos situados en la cara y cráneo del trabajador a través de la yema de los dedos, orientada a reducir el estrés de los trabajadores”, esta forma parte de los elementos de la intervención.

Cabe señalar que los estudios indican que la percepción de estrés de los trabajadores está asociado al consumo de alcohol, donde aquellos trabajadores que perciben un mayor nivel de estrés tienen un mayor consumo de alcohol; por lo que al reducir el estrés se podría influir indirectamente en la disminución del consumo de esta sustancia (Chopko, Palmieri, & Adams, 2013; Collel et al., 2014; Hosada et al., 2012).

De acuerdo a Childs, O'Connor y Wit (2011) el estrés y el consumo de alcohol tienen una relación bidireccional, por un lado los individuos consumen alcohol para reducir las sensaciones desagradables del estrés. Por otro lado el alcohol interrumpe la capacidad del organismo para hacer frente de manera efectiva y eficiente a los factores estresantes, aumentando así los niveles de estrés; lo que podría deberse a que el alcohol influye en la percepción de los factores estresantes y la respuesta al estrés fisiológico y psicológico de la persona.

En el presente estudio la percepción de estrés “Es el conjunto de emociones, pensamientos y preocupaciones que experimenta el trabajador como resultado de las demandas y exigencias que perciben por encima de sus recursos y capacidades de respuesta”, medido mediante la Escala de Estrés Percibido- PSS (Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983).

La autoeficacia.

La autoeficacia es el concepto central de la teoría de Bandura (1977) la cual se define como “un juicio del individuo sobre sus capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción” (Bandura, 1977).

La revisión de la literatura permite identificar que las investigaciones de la autoeficacia en relación al consumo de alcohol se han realizado desde dos perspectivas, en la primera la autoeficacia se ha medido considerando sus dos componentes (expectativa de autoeficacia y expectativa de resultado), los segundos han medido la autoeficacia con un solo componente o concepto.

Respecto a los estudios en los que se miden los dos componentes de autoeficacia, los resultados indican que las expectativas de autoeficacia tienen efecto en la resistencia de la presión social para el consumo de alcohol y para resistir los impulsos del propio individuo para consumir la sustancia. Además que las expectativas de autoeficacia aumenta la posibilidad de disminución del consumo de sustancias adictivas a través de la persuasión verbal, el modelado de roles y la retroalimentación de las sensaciones y emociones. De igual forma la expectativa de autoeficacia predice la finalización del tratamiento del consumo de sustancias (Dijkstra, Sweeney, & Gebhardt, 2001; Flora & Stalikas, 2012; Kussito, Knuuttila, & Saarnio, 2011).

En cuanto a las expectativas de resultado, la literatura refiere que estas aumentan las posibilidades de la modificación del comportamiento del consumo de alcohol y predicen la finalización de las terapias. Igualmente se ha observado que a medida que incrementa las expectativas de resultado sobre la modificación de la conducta del consumo de alcohol, también aumentan las expectativas de autoeficacia (Flora & Stalikas, 2012; Kussito et al., 2011).

En relación a los hallazgos de estudios en los que se ha medido la autoeficacia como un solo concepto, estos refieren que la autoeficacia para rechazar el consumo de alcohol está asociado negativamente con la cantidad y la frecuencia de consumo de

alcohol, así como con el consumo de riesgo y dañino de esta sustancia. Adicionalmente indican que los individuos con mayor grado de autoeficacia presentan las tasas más bajas de consumo de alcohol y que mayor grado de autoeficacia está asociado positivamente con la abstinencia (Ehret, Ghaidarov, & LaBrie, 2013; McKay, Sumnall, Cole, & Percy, 2012; Mileviciute, Scott, & Mousseau, 2014).

Para fines de la presente investigación las expectativas de autoeficacia para resistir el consumo de alcohol es definida como “la creencia que tiene el trabajador sobre su capacidad de resistir el consumo de alcohol en determinadas situaciones”, medida mediante el Cuestionario de Confianza Situacional de Annis y Graham (1987).

Las expectativas de resultado para reducir el consumo de alcohol se define como “el juicio que hace el trabajador sobre los costos y beneficios anticipados que considera puede ocurrir como resultado de disminuir su consumo de alcohol”, esta fue medida mediante el Cuestionario sobre las Consecuencias del Alcohol y las Drogas (Cunningham, Gavin, Sobell, & Sobell, 1997).

La conducta.

De acuerdo a Marlatt et al. (1999) la autoeficacia percibida influye tanto en el desarrollo inicial de las conductas adictivas, como sobre los procesos de modificación de la conducta que conlleva al cese de tales hábitos y el mantenimiento de las metas. En el presente estudio la conducta se definió como “el consumo de alcohol de los trabajadores” el cual fue evaluado mediante dos elementos: a) la reducción del número de bebidas alcohólicas consumidas por ocasión y b) la disminución de los niveles de concentración de alcohol en sangre, utilizando el software Blood Alcohol Calculator (Alcohol Help Center, 2017) y la clasificación de los niveles de alcoholemia en población mexicana (Secretaría de Salud, 2010).

Para mayor claridad, la figura 2 muestra la estructura conceptual- teórico-empírica del presente estudio, para su elaboración se siguieron las etapas propuestas por Fawcett (1999), que son: la identificación de conceptos, la clasificación de los conceptos

de la teoría de rango medio y la construcción del diagrama. En el primer nivel del diagrama se observan los conceptos de la teoría de Autoeficacia de Bandura, que incluye: Persona, Autoeficacia y Conducta; además se integra el concepto de Estrés. En el segundo nivel se muestran las definiciones operacionales de la teoría de rango medio (características personales, expectativas de autoeficacia para resistir el consumo de alcohol, expectativas de resultado de reducir el consumo de alcohol, percepción de estrés y consumo de alcohol”; finalmente el tercer nivel presenta los indicadores empíricos con los que se medirán las variables de estudio.

Es importante mencionar que de acuerdo a Kaplan's (citado por Fawcett, 1999) en el continuum de observabilidad de las variables, los términos pueden ser medidos mediante observación directa, que ocurre cuando un fenómeno es un referente empírico directamente observable por medio de los sentidos. La segunda forma es por medio de la observación indirecta, en este caso los fenómenos son inferidos. En el presente estudio para medir los niveles de alcohol en sangre se considera una variable directamente observable (peso en kilogramos) y una variable indirectamente observable (números de copas reportadas). Otras variables que se observan de forma indirecta son: las características personales, las expectativas de autoeficacia, las expectativas de resultados y la percepción de estrés.

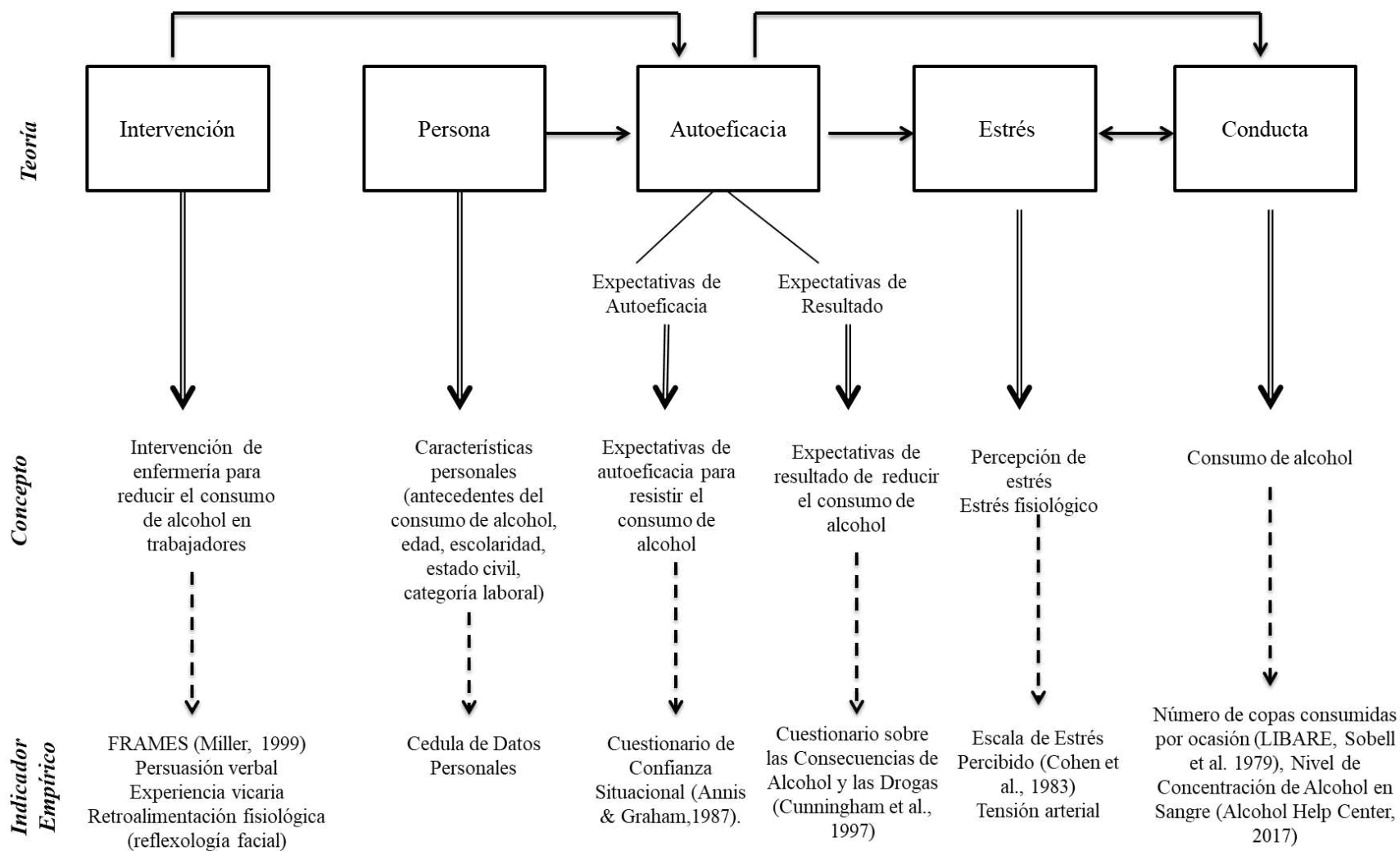


Figura 2. Estructura Conceptual- Teórico- Empírica

Modelo de la intervención breve de enfermería

La figura 3 representa el modelo de la intervención breve de enfermería para incrementar la autoeficacia y reducir la percepción de estrés y el consumo de alcohol en trabajadores: el cual explica que la persuasión verbal, la experiencia vicaria y la retroalimentación fisiológica actúan como influencia externa que influyen positivamente sobre las expectativas de autoeficacia y en las expectativas de resultado del trabajador. Es importante destacar que las fuentes de información (persuasión verbal, experiencia vicaria y retroalimentación fisiológica) se constituyen en los componentes o el curriculum de la intervención. Se incluyen los elementos del FRAMES como parte de estos componentes; donde la retroalimentación, la responsabilidad, la empatía, las opciones de cambio y el consejo se integran en cada una de las fuentes de información.

Enseguida se muestra que las expectativas de autoeficacia y las expectativas de resultado influyen de manera positiva en la disminución del consumo de alcohol del trabajador. Este modelo indica que las características personales interactúan con la autoeficacia y pueden influir de forma positiva o negativa; finalmente la autoeficacia influye positivamente en la disminución de la percepción de estrés y en la reducción del consumo de alcohol.

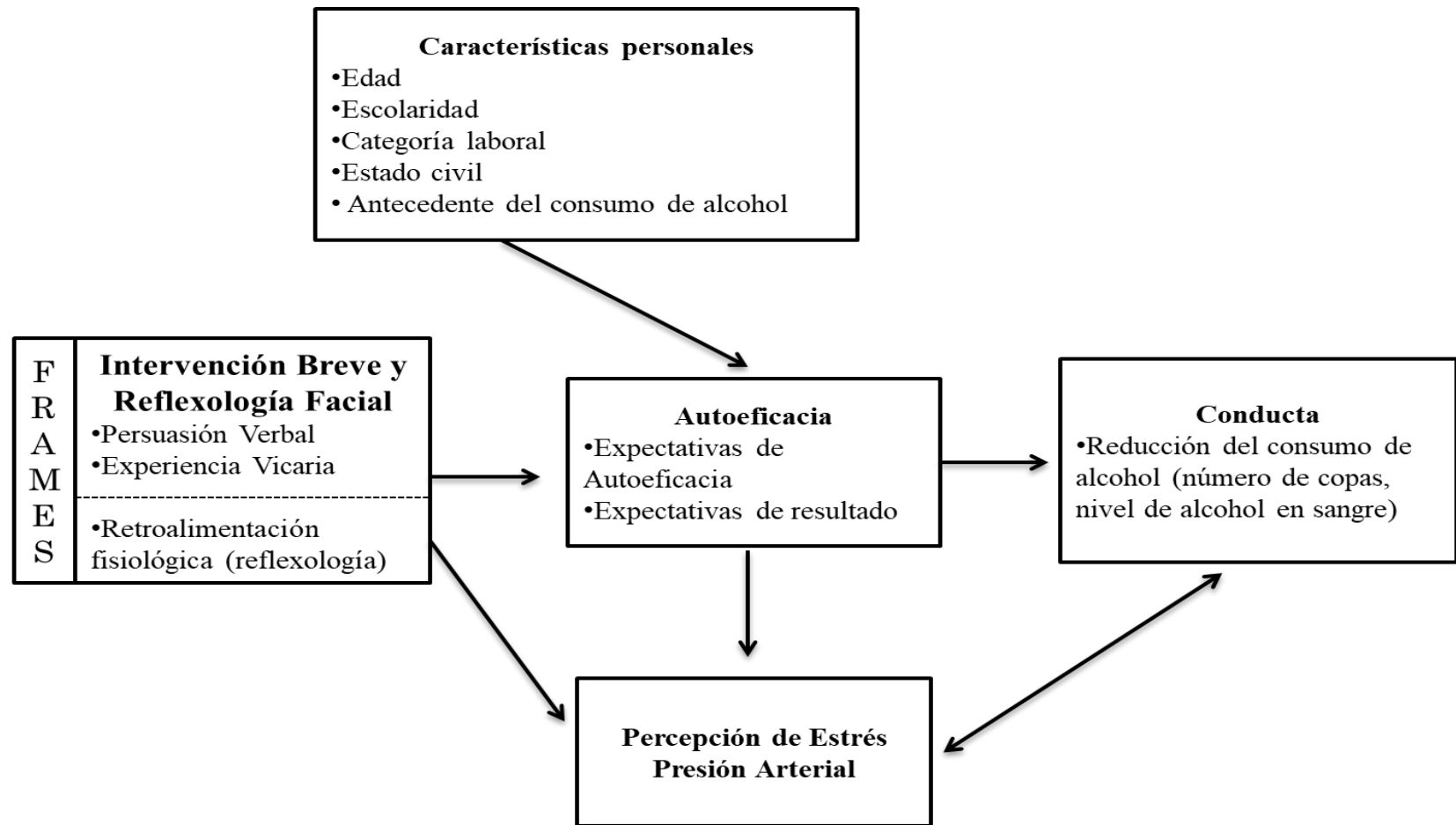


Figura 3. Modelo de la Intervención de Enfermería para Reducir el Consumo de Alcohol en Trabajadores: Autoeficacia y Reflexología Facial

Estudios Relacionados

A continuación se describen estudios relacionados sobre la factibilidad y efecto de las intervenciones breves para reducir el consumo de alcohol basadas en FRAMES, y estudios donde emplearon la reflexología para reducir el estrés.

Factibilidad de la intervención breve para reducir el consumo de alcohol.

Watson et al. (2015) realizaron un estudio con la finalidad de explorar la factibilidad de la entrega de una intervención breve para trabajadores con consumo de riesgo de alcohol, en el Reino Unido. Los resultados indican que se invitó a 1,514 empleados, de los cuales 627 (41.4%) respondieron al cuestionario de cribado y 163 cumplieron con los criterios de inclusión (26.0%), de estos 57 aceptaron participar en el estudio (34.9%). Los que recibieron la intervención, con excepción de un participante, consideraron adecuado el contenido de la intervención y la forma en que se entregó.

Crombie et al. (2017) realizaron una investigación con el objetivo de evaluar la factibilidad de reclutamiento, retención de participante y la aceptabilidad de una intervención entregada por mensajes de texto a hombres con consumo excesivo de alcohol, en el Reino Unido. Los resultados refieren que el estudio reclutó a 67 hombres con consumo de riesgo de alcohol, superando la meta de 60. El 95% de los mensajes de texto fueron entregados y los hombres participaron activamente en la intervención. El 96% de los asignados al azar fueron seguidos a los tres meses, con alta retención tanto en el grupo intervención (91%) como en el grupo control (100%). La evaluación posterior a la intervención mostró altos niveles de satisfacción con la intervención, que la participación valía la pena, que el calendario de los textos era aceptable y que recomendarían la intervención a otras personas. La mayoría de los hombres en el grupo de intervención reportó una reducción en su consumo de alcohol. Las expectativas de resultado fueron influenciadas, de tal manera que menos personas en el grupo intervención pensaron que los beneficios de beber superan los daños; además más de la mitad de hombres en el grupo intervención informaron haber hecho planes para

continuar reduciendo el consumo de alcohol. Sin embargo la autoeficacia para rechazar una bebida no mostró efecto en el grupo de intervención.

En síntesis se han realizado estudios sobre la factibilidad de algunas intervenciones breves, estos se han llevado a cabo en trabajadores del Reino Unido. Los resultados indican que es factible reclutar a los participantes para inscribirse en la intervención breve para reducir el consumo de alcohol de riesgo. En mayor proporción los participantes consideran apropiado el contenido de la intervención y la forma en que se entrega; se reportan altos niveles de satisfacción con la intervención.

Intervención breve para reducir el consumo de alcohol basada en FRAMES.

Doumas y Hunnah (2008) realizaron un ensayo controlado aleatorizado para reducir el consumo de alcohol en el que examinaron las diferencias entre tres grupos; el primero con intervención de retroalimentación personalizada basada en la web (tiempo no específico), el segundo grupo con intervención basado en la entrevista motivacional (15 minutos) combinada con la intervención basada en la web, y tercero un grupo control. El objetivo fue reducir el consumo de alcohol en 124 trabajadores de 18 a 24 años de edad, de empresas en Estados Unidos. Reportaron que en el grupo con intervención basada en la web se observó reducción del consumo de alcohol un mes posterior a la intervención, con diferencias ($F(3, 74) = 5.21, p = .003, \eta^2 = .17$) respecto a la línea base, y diferencias significativas entre el grupo intervención y el grupo control ($F(1, 76) = 12.28, p < .001, \eta^2 = .14$). Respecto al grupo intervención basada en la web más entrevista motivacional informaron menor consumo de alcohol un mes posterior a la intervención, con diferencias significativas ($F(3, 115) = 5.75, p = .001, \eta^2 = .13$) en relación a la línea base, se encontró diferencias significativas entre el grupo intervención con el grupo control ($F(1, 117) = 9.10, p < .01, \eta^2 = .07$). No se reportaron diferencias estadísticamente significativas entre las dos intervenciones ($p > .05$).

Hermansson, Helander, Brandt, Huss y Rönnerberg (2010) realizaron un ensayo controlado aleatorizado para reducir el consumo de alcohol en el que examinaron las

diferencias entre tres grupos, en 158 trabajadores de 20 a 64 años de edad, de una empresa de transporte en Suecia. Un grupo intervención breve, donde los sujetos recibieron una sesión de 15 minutos con comentarios individuales sobre los resultados del cuestionario AUDIT y consejos de cómo evitar el consumo excesivo de alcohol. El segundo grupo denominado de intervención completa, los sujetos recibieron tres sesiones, la sesión uno (mismos componentes que la intervención breve), en la sesión dos consistió en el retiro sistemático del consumo de alcohol y la tercera sesión se le orientó de cómo mantener un diario de consumo autocontrolado. La intervención fue entregada en el lugar de trabajo y consistió en una sesión de 30 minutos. Los resultados indican que posterior a un año de la intervención no se observaron diferencias significativas entre los grupos de intervención y el grupo control en el consumo de alcohol ($p = .57$). Los autores atribuyen estos resultados a que un periodo más largo de asesoramiento sobre el alcohol probablemente no tiene un efecto adicional, en el grupo control la detección del consumo de alcohol en sí misma pudo conducir a una reducción en el consumo de alcohol.

McCarthy y O'Sullivan (2010) diseñaron un ensayo clínico aleatorizado en el que evaluaron la efectividad de una intervención breve para reducir el consumo excesivo de alcohol en reclutas de la marina de 18 a 26 años en Irlanda. La intervención fue entregada en el lugar de trabajo y se constituyó por cuatro sesiones de 1.5 horas cada una; el contenido incluyó: pros y contras del consumo de alcohol, sentimientos sobre el consumo de alcohol y habilidades para rechazar el consumo. Los resultados muestran que el grupo que recibió la intervención breve reportó una reducción de las puntuaciones en el consumo excesivo de alcohol en comparación con el grupo control a las 14 semanas de seguimiento, con diferencias estadísticamente significativas ($F(1, 23) = 3.359, p < .05$).

Hagger et al. (2011) llevaron a cabo un ensayo controlado aleatorizado con el objetivo de evaluar la efectividad de una intervención breve para reducir el consumo de

alcohol en 157 trabajadores de empresas del Reino Unido. La intervención se entregó en el lugar de trabajo, consistió de una sesión de duración no específica. Reportan que los trabajadores que recibieron la intervención breve consumieron menos unidades de alcohol durante los seis meses de seguimiento ($\bar{X} = 7.24$, $DE = 6.49$) en relación al grupo control ($\bar{X} = 9.30$, $DE = 8.55$), con diferencias estadísticamente significativas ($F(1, 149) = 50.68$, $p < 0.01$, $\eta^2_P = 0.25$).

Michaud et al. (2013) ejecutaron un ensayo controlado aleatorizado en el que evaluaron la efectividad de una intervención breve para reducir el consumo de alcohol de riesgo en 435 trabajadores de Francia. La intervención se entregó en una sola sesión con duración de 3 a 30 minutos (Media= 9 minutos), se siguió el protocolo de la OMS. Reportaron que en el grupo intervención se observó una reducción en las puntuaciones del AUDIT al año de seguimiento, con diferencias estadísticamente significativas ($\bar{X} = 7.55$ vs 6.59 , $p = .01$). En el grupo intervención el 51.6% redujo las puntuaciones del AUDIT por debajo de los umbrales de consumo de riesgo, mientras que el grupo control el 44.8% redujo dichas puntuaciones; no se encontró diferencias estadísticamente significativa entre ambos grupos ($p = .15$).

Ito et al. (2015) realizaron un ensayo clínico aleatorizado con la finalidad de investigar la efectividad de una intervención breve para reducir el consumo de alcohol de riesgo en 227 trabajadores de 19 a 60 años de empresas en Japón. Se conformaron tres grupos: 1) grupo con intervención breve, con dos sesiones cada cuatro semanas (15 minutos por sesión), entregada en el lugar de trabajo, 2) grupo con intervención breve más diario de consumo, entregada en el lugar de trabajo, y 3) grupo control. Los resultados indican una reducción en el consumo de alcohol en el grupo intervención breve, posterior a los tres meses de seguimiento ($\bar{X} = 35.2$ vs 29.0 , $p = .001$) y al año de seguimiento ($\bar{X} = 35.2$ vs 24.1 , $p = .001$). En el grupo de intervención breve más diario de registro se observó una reducción del consumo de alcohol a los tres meses de seguimiento ($\bar{X} = 35.0$ vs 28.8 , $p = .001$) y al año de seguimiento

($\bar{X} = 35.0$ vs 27.5 , $p = .001$); no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos, ni a los tres meses, ni al año de seguimiento ($p > .05$).

Schulte et al. (2014) realizaron una revisión sistemática con el objetivo de examinar la literatura existente de las intervenciones breves realizadas en el lugar de trabajo para reducir el consumo de alcohol. De los nueve estudios incluidos cinco se realizaron en Estados Unidos, tres en Europa y uno en Japón, estos incluyen organizaciones de transporte, alimentación y la industria manufacturera. Todos excepto un estudio mostraron reducciones significativas en el consumo de alcohol o el número de días de consumo. La mayoría de estudios dio un seguimiento de no más de seis meses, sólo uno realizó mediciones al año posterior de la intervención.

Signor et al. (2013) realizaron un ensayo controlado aleatorizado, con el objetivo de evaluar la eficacia de una intervención breve motivacional entregada por teléfono en individuos brasileños que buscan ayuda para abandonar el consumo de alcohol. Los resultados mostraron que a los seis meses de seguimiento el 70% del grupo intervención mantuvo la abstinencia al alcohol en comparación con el 41% del grupo control ($OR = 1.5$, $p = .001$). Se concluye que la intervención breve entregada por teléfono ayuda a los usuarios de alcohol a lograr la abstinencia.

Gates y Albertella (2015) realizaron una revisión sistemática con la finalidad de investigar la eficacia de la asesoría telefónica en el tratamiento del consumo de alcohol y drogas ilícitas. Los resultados reportan que 12 ensayos controlados refirieron que la asesoría telefónica en el tratamiento del consumo de alcohol mostró mejoras significativas en al menos una de sus medidas de resultado en comparación tratamientos alternativos; mientras que 35 ensayos reportaron resultados comparables a los alternativos. Los autores concluyen que la literatura apoya el uso del asesoramiento telefónico para el tratamiento de consumo de alcohol.

En síntesis las intervenciones breves para reducir el consumo de alcohol en trabajadores se han realizado en Estados Unidos, Suecia, Irlanda, Reino Unido, Japón y

Francia; principalmente en empresas, en trabajadores de 18 a 64 años de edad. Las intervenciones se basan en los elementos del FRAMES para el diseño de los protocolos. El número de sesiones varía de una a cuatro, con duración mínima de 3 minutos a 1.5 horas, en mayor proporción entregada de forma presencial en el lugar de trabajo. Los resultados indican que las intervenciones breves han mostrado ser efectivas en la reducción del consumo de alcohol en los trabajadores que recibieron la intervención; sin embargo tanto los estudios primarios como las revisiones sistemáticas permiten concluir que no existe consenso respecto del efecto de las intervenciones breves en la reducción del consumo de alcohol en los trabajadores al considerar las diferencias entre el grupo intervención y el grupo control, los autores han sugerido la necesidad de continuar estudiando sobre efectos de las intervención breves en diversos contextos.

Se ha observado que cuando se incluye el seguimiento telefónico en la intervención breve, esta obtiene resultados favorables en el tratamiento del consumo de alcohol, por lo que combinar las intervenciones breves presenciales con el seguimiento telefónico que se enfoca en recordar la orientación recibida por el participante, aclarar dudas, reforzar las estrategias sobre la meta propuesta, y recordar las siguientes sesiones; podrían potenciar los efectos de la intervención en la reducción del consumo de alcohol en los trabajadores.

La reflexología para reducir el estrés.

Hughes et al. (2011) realizaron un ensayo clínico controlado aleatorizado con la finalidad de investigar la viabilidad de utilizar un modelo experimental para determinar el efecto fisiológico de la reflexología sobre el estrés en adultos sanos del Reino Unido. Los hallazgos mostraron que hubo una reducción significativa en la presión arterial sistólica (22%, $p = .03$) y en la presión arterial diastólica (26%, $p = .01$) después de la aplicación de reflexología. En contraste en el grupo control hubo una menor reducción de la presión arterial sistólica (10%, $p = .03$) y un aumento de la presión arterial

diastólica (5%, $p = .67$). No existieron diferencias significativas entre el grupo con reflexología y el control ($p > .05$).

McCullough et al. (2014) mediante una revisión sistemática evaluaron la calidad de la evidencia de los ensayos clínicos controlados aleatorizados que han medido los cambios en los parámetros fisiológicos o bioquímicos como resultados de la reflexología en personas con padecimientos de salud. Los hallazgos indican que existen una serie de efectos positivos atribuidos a la reflexología en la disminución del estrés. Se registraron cambios estadísticamente significativos para once medidas de resultados, entre ellos la presión arterial, la frecuencia cardiaca, el cortisol en sangre, la amilasa salival, la producción de linfocitos, la presión del pulso, el gasto cardiaco, el índice cardiaco y el oxígeno en sangre. En todos los estudios incluidos donde se evaluaron parámetros psicológicos se encontró una mejora significativa en la salud y bienestar general, lo que por sí solo determinó ser un factor con efecto positivo en la evolución de la enfermedad, el pronóstico y rehabilitación en diferentes problemas de salud.

Song et al. (2015) realizaron una revisión sistemática con el fin de estimar la efectividad de la reflexología para el manejo de síntomas de estrés en personas sanas de Corea. Los resultados reportan una mejora significativa de la percepción de estrés en aquellas personas que se autoaplican la reflexología. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los indicadores fisiológicos como el cortisol en suero entre el grupo intervención y el control; estos resultados fueron similares en los estudios en los que se midió el cortisol en la orina y en la saliva.

Embong et al. (2015) realizaron una revisión sistemática con el objetivo de examinar la eficacia de la reflexología en diferentes problemas de salud. Respecto al estrés los resultados sugieren que existe una reducción significativa del estrés determinado por la frecuencia cardiaca, la respiración y presión arterial sanguínea. Se concluye que la reflexología es una forma efectiva de interrumpir el patrón de estrés repetitivo, así como reducir los niveles de estrés en la vida cotidiana.

En síntesis la reflexología es una terapia alternativa que ha mostrado efectos positivos en la reducción de la percepción de estrés en personas sanas y con problemas de salud, además se reporta aumento del bienestar general; la revisión de la literatura indica que la reflexología tiene efectos en indicadores fisiológicos como la frecuencia cardiaca, la frecuencia respiratoria, la presión arterial y los niveles de oxígeno en sangre.

Definición de Términos

A continuación se presenta la definición de las variables del estudio:

Edad: Años cumplidos de vida que refiere tener el trabajador al momento de la entrevista; evaluado mediante una Cédula de Datos Personales.

Sexo: Se refiere a las características biológicas y anatómicas que diferencia al hombre de la mujer, se considera como hombre o mujer en la Cédula de Datos Personales.

Escolaridad: Es el número años de estudios formales que refiere el trabajador al momento de la entrevista; así como el nivel educativo alcanzado, considerándose como primaria, secundaria, bachillerato y universidad; evaluado mediante una Cédula de Datos Personales.

Categoría laboral: Corresponde a la actividad laboral que desempeña el trabajador por la que recibe una remuneración económica, se considera como administrativos y operativo; evaluado mediante una Cédula de Datos Personales.

Estado civil: Corresponde a la condición marital del trabajador y se considerará como con pareja y sin pareja; evaluado mediante una Cédula de Datos Personales.

Satisfacción con la intervención: Calificación que otorga el participante y el intervencionista a los procedimientos y componentes de la intervención, así como de los resultados obtenidos, con base a su experiencia con el tratamiento; evaluado mediante el Cuestionario de Evaluación de la Intervención y Satisfacción del Participante, diseñado por los autores del estudio (2017) con base al Client Satisfaction Questionnaire (Echeburúa & Corral, 1998).

Factibilidad de la intervención: Es la medida en que los procedimientos y componentes de la intervención breve se implementan en el modo sugerido de entrega, en la dosis y tiempo recomendada; evaluada a través de la Lista de Cotejo de Factibilidad de Entrega de la Intervención y la Lista de Cotejo del Reclutamiento (diseñado por los autores del estudio).

Percepción de estrés: Es el conjunto de emociones, pensamientos y preocupaciones que experimenta el trabajador como resultado de las demandas y exigencias que perciben por encima de sus recursos y capacidades de respuesta, medido mediante la Escala de Estrés Percibido- PSS (Cohen, Kamarck, & Mermelstein, 1983) y la presión arterial.

Expectativa de autoeficacia para resistir el consumo de alcohol: Es la creencia que tiene el trabajador sobre su capacidad resistir el consumo de alcohol en determinadas situaciones, medida mediante el Cuestionario de Confianza Situacional de Annis y Graham (1987).

Expectativa de resultado de reducir el consumo de alcohol: Es el juicio que hace el trabajador sobre los costos y beneficios anticipados que considera puede ocurrir como resultado de disminuir su consumo de alcohol, medida por el Cuestionario sobre las Consecuencias del Alcohol y las Drogas (Cunningham, Gavin, Sobell, & Sobell, 1997).

Consumo de alcohol: Es la ingesta de bebidas alcohólicas que tienen los trabajadores, evaluado mediante tres indicadores: a) la reducción del número de bebidas alcohólicas consumidas por ocasión, medido mediante la Línea Base Retrospectiva (Echeverría & Ayala, 1997b); y b) la disminución del niveles de concentración de alcohol en sangre, calculado a través del software Blood Alcohol Calculator (Alcohol Help Center, 2017).

Presión arterial: La presión sistólica es la presión que ejerce la sangre a consecuencias de la contracción de los ventrículos, la presión diastólica es la presión que

resta cuando los ventrículos están en reporto; se midió mediante un esfigmomanómetro de mercurio (Berman & Snyder, 2013).

Objetivo General

Analizar la factibilidad y efecto de una intervención breve de enfermería basada en la autoeficacia y la reflexología facial para la reducción de la percepción de estrés y el consumo de alcohol en trabajadores.

Objetivos Específicos

1. Explorar la viabilidad de reclutar y retener a los participantes en una intervención breve de enfermería para reducir el consumo de alcohol en trabajadores.
2. Explorar la viabilidad de la entrega de una intervención breve de enfermería para reducir el consumo de alcohol en trabajadores.
3. Evaluar los componentes de la intervención breve de enfermería para reducir el consumo de alcohol (consejo breve, reflexología facial, seguimiento telefónico, dosis) desde la perspectiva de los participantes.
4. Explorar la satisfacción de una intervención breve de enfermería para reducir el consumo de alcohol desde la perspectiva de los participantes.
5. Analizar la relación entre la autoeficacia, la percepción de estrés, el consumo de alcohol y las características personales de los trabajadores post-intervención.

Hipótesis

1. Las expectativas de autoeficacia y las expectativas resultado se incrementaran al término de la intervención breve.
2. Los puntajes de percepción de estrés y la presión arterial serán menores al término de la intervención breve.
3. El número de bebidas alcohólicas consumidas en un día típico y el nivel de concentración de alcohol en sangre se reducirán al término de la intervención breve.

Capítulo II

Metodología

En el presente capítulo se presenta la metodología del estudio, se describe el diseño del estudio, la población, la muestra, los criterios de inclusión, exclusión y de eliminación. Enseguida se describen los instrumentos de medición y la intervención. Finalmente se presentan las consideraciones éticas que guiaron el presente estudio y el plan de análisis de datos.

Diseño del Estudio

El presente estudio es de tipo pre-experimental, con un diseño pretest- posttest (Gray, Grove, & Sutherland, 2017); este diseño se caracteriza por presencia de un tratamiento experimental, la administración de pruebas antes y después de la intervención, y la ausencia de un grupo control (Tabla 1). En este estudio el grupo experimental recibió la intervención de enfermería para reducir el consumo de alcohol en trabajadores: autoeficacia y reflexología facial.

Tabla 1

Diseño pretest-posttest

Grupo	Tiempo		
	Medición Inicial	Semana 1 a 5	Medición Final
Intervención	O1	X	O2

Nota: X= Intervención grupo experimental, O= Observaciones

Población, Muestreo y Muestra

La población estuvo conformada por trabajadores de la industria de los alimentos y metalúrgica del área metropolitana de Monterrey, Nuevo León. El muestreo fue no probabilístico, se incluyeron a los individuos que cumplieron con los criterios de inclusión y aceptaron participar. El tamaño de muestra se calculó por medio del software

nQuery Advisor 4.0, para una prueba de diferencias de medias, con un nivel de significancia de 0.05, un poder de 85% y un tamaño de efecto de 0.55, considerando una deserción estimada del 20%; se obtuvo una muestra final de 40 trabajadores.

Criterios de Inclusión

Trabajadores mayores de 18 años de edad, género masculino o femenino, que contaron con contrato en una institución, estos datos se identificaron mediante una Cédula Filtro. Además de reportar en el AUDIT consumo de alcohol (4 a 19 puntos); De la Fuente y Kershenovich (1992) considera que esta puntuación es considerada de riesgo, por lo que se recomienda la aplicación de la intervención breve. Se identificaran en etapa de contemplación o determinación para reducir el consumo de alcohol, a diferencia de los individuos que están en etapa de pre-contemplación donde no existe la conciencia de tener un problema con el consumo de alcohol; en la etapa de contemplación y determinación las personas toman conciencia del problema y piensan en la posibilidad de reducir su consumo de alcohol y están más dispuestos a buscar y recibir ayuda de un profesional de la salud (Di Clemente, Nidecker, & Bellack, 2008; DiClemente, Prochaska, Fairhurst, Velicer, Velazquez, & Ross, 1991; Miller, 2006).

Criterios de Exclusión

Trabajadores mayores de 65 años de edad, que hubiesen participado en una intervención o tratamiento médico para reducir el consumo de alcohol y de otras drogas y que además indicaron que consumen drogas ilícitas, esto se identificó mediante una Cédula Filtro.

Criterios de Eliminación

Participantes que asistieron a menos del 80% de las sesiones.

Instrumentos de Medición

Se llevaron a cabo mediciones de lápiz y papel, una medición antropométrica (peso) para calcular la concentración de alcohol en sangre, y medición de la presión

arterial para determinar la reducción del estrés; la descripción de los instrumentos se muestra en tres categorías de variables: de inclusión, de resultados y de factibilidad.

Instrumentos para medir las variables de inclusión.

Para identificar los criterios de inclusión y exclusión se empleó una cédula filtro, diseñado por los autores del estudio (Apéndice A), la cual contempla: la edad, el tipo de contrato de trabajo y la participación del trabajador en algún tratamiento para reducir el consumo de alcohol y de otras drogas. Además para identificar el consumo de riesgo de alcohol se utilizó el Cuestionario de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT) y para identificar la etapa del cambio del trabajador se empleó un cuestionario de una sola pregunta.

Cuestionario de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol.

El cuestionario de identificación de trastornos por consumo de alcohol (AUDIT), fue desarrollado por Babor, de la Fuente, Saunders y Grant para la OMS en 1989 y validado en población mexicana por De la Fuente y Kershenobich en 1992 (Apéndice B)

Este cuestionario tiene el objetivo de examinar el consumo de alcohol durante los últimos 12 meses. Está conformado por 10 reactivos, divididos en tres dominios: el primer dominio corresponde a los reactivos 1, 2 y 3, las cuales hacen referencia a la frecuencia y cantidad del consumo de alcohol, mismos que se utilizan para determinar si la persona está ingiriendo dentro del límite sensato de consumo de alcohol; el segundo dominio corresponde a los reactivos 4, 5 y 6 exploran la posibilidad de que exista dependencia de consumo de alcohol y el tercer dominio corresponde a los reactivos 7, 8, 9 y 10 y se refieren al consumo dañino de alcohol.

En el AUDIT las opciones de respuesta de la pregunta uno son: 0) nunca, 1) una o menos veces al mes, 2) de dos a cuatro veces al mes, 3) de dos a tres veces a la semana y 4) cuatro o más veces a la semana. Las opciones de respuesta de la pregunta dos son: 0) uno o dos, 1) tres o cuatro, 2) cinco o seis, 3) siete a nueve y 4) diez o más. Las

opciones de respuesta de las preguntas tres a la ocho son: 0) nunca, 1) menos de una vez al mes, 2) mensualmente, 3) semanalmente y 4) a diario o casi diario. Para las preguntas nueve y diez las opciones de respuesta son: 0) no, 2) sí, pero no en el último año y 4) sí, en el último año.

El cuestionario tiene un valor mínimo de 0 y un máximo de 40 puntos. Este instrumento ha sido aplicado en trabajadores mexicanos, ha reportado un Alpha de Cronbach de .75 a .93 (Carreño, Medina, Martínez, Juárez, & Vázquez, 2006; Cortaza & Alonso, 2007; Reyes, Rodríguez, López, Guzmán, & Alonso, 2018).

Etapas de Cambio en el Consumo de Alcohol

Para identificar la etapa del cambio se empleó la siguiente pregunta ¿Planeas dejar de tomar bebidas alcohólicas?, con las siguientes opciones de respuesta: a) no he intentado dejar de beber y nunca lo haré (pre-contemplación), b) probablemente deje de beber algún día (contemplación), c) planeo dejar de beber estos meses (determinación), d) estoy intentando dejar de beber (acción), e) he dejado de beber por más de seis meses (mantenimiento); ver instrumento en el Apéndice C.

Instrumentos para medir las variables resultado.

Se consideran variables resultado la expectativa de autoeficacia, las expectativas de resultado, la percepción de estrés, el número de copas consumidas por ocasión y el nivel de concentración de alcohol en sangre. Las expectativas de autoeficacia y de resultado, así como la percepción de estrés pueden fungir como variables mediadoras.

Cédula de Datos Personales.

Los aspectos sociodemográficos y antecedentes de consumo de alcohol fueron evaluadas por medio del instrumento denominado cédula de datos personales (Apéndice D); la cual contempla: la edad, el género, el estado civil, los años de estudio, la categoría laboral, hora de trabajo al día, el número de copas consumidas en un día típico, la prevalencia lápsica y actual, la frecuencia de consumo de más de 5 copas de alcohol en menos de dos horas en los últimos 30 días, situación de mayor consumo de alcohol, y las

preferencias de bebidas alcohólicas, edad de inicio de consumo de alcohol, compañía con que se consumió la primera bebida, intentos previos de reducir el consumo de alcohol, el peso en kilogramos y la presión arterial.

Cuestionario de Confianza Situacional.

El cuestionario de confianza situacional (SCQ) desarrollado por Annis y Graham (1987), traducido y adaptado al español por Echeverría y Ayala (1997a), evalúa la capacidad del individuo para resistir la tentación de consumir alcohol en determinadas situaciones (Apéndice E). Está integrado por 39 reactivos que tienen un patrón de respuesta que oscila desde 1 = seguro que no podría a 6 = seguro que sí podría.

El instrumento se divide en dos subescalas: La subescala intrapersonal, en la cual el consumo de alcohol involucra una respuesta a un evento que es primariamente de naturaleza psicológica o física; esta a su vez se subdivide en cinco categorías: estados emocionales negativos (ítems 1 a 3), estados físicos negativos (ítems 7 a 13), estados emocionales positivos (ítems 17 a 23), prueba de control personal (ítems 27 a 33) e impulsos y tentaciones (ítems 36 a 39).

La segunda subescala es la interpersonal, en la cual se involucra una influencia significativa por parte de otra persona para el consumo de alcohol; esta se subdivide en tres categorías: problemas sociales en el trabajo (ítems 4 a 6), presión social para el consumo de alcohol (ítems 14 a 16) y situaciones sociales positivas (ítems 24 a 26 y 34 a 35). El SCQ tiene un rango de puntaje que oscila de 39 a 234, en donde a mayor puntaje indica mayor confianza de resistir el consumo de alcohol. El instrumento se ha aplicado en población trabajadora mexicana obteniendo un Coeficiente Alpha de Cronbach superior a .90 (Barragán, González, Medina, & Ayala, 2005; Hinojosa, Alonso, & Castillo, 2012).

Cuestionario sobre las Consecuencia del Alcohol y Drogas.

El cuestionario sobre las consecuencias del alcohol y drogas (ADCQ, por sus siglas en inglés) fue desarrollado por Cunningham et al. (1997), evalúa la percepción de

un individuo de los costos y los beneficios anticipados de reducir el consumo de alcohol o drogas (Apéndice F). Se integra por 28 reactivos, con un patrón de respuesta tipo Likert: 0= no aplica, 1 = no importante, 2 = ligeramente importante, 3 = moderadamente importante, 4 = muy importante, y 5 = extremadamente importante. Para la aplicación de este instrumento el investigador tiene que especificar qué sustancia va a ser evaluada; para el presente estudio se considera el consumo de alcohol.

El ADCQ se divide en dos dimensiones: la primera dimensión evalúa mediante 13 reactivos los costos de cambiar el consumo de alcohol o drogas (reactivos 2, 3, 5, 8, 14, 15, 16, 17, 21, 22, 24, 26 y 28); la segunda dimensión evalúa mediante 15 reactivos los Beneficios de cambiar el consumo de alcohol o drogas (reactivos 1, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 18, 19, 20, 23, 25 y 27). Para su interpretación primero se suman las puntuaciones de todos los reactivos de la dimensión costos, que tiene un rango de puntaje que oscila de 0 a 65 puntos; donde a mayor puntuación mayor son los costos anticipados de cambiar el consumo de alcohol. Enseguida se suman todos los reactivos de la dimensión beneficios, con un puntaje que oscila de 0 a 75 puntos; donde a mayor puntuación mayor son los beneficios anticipados de cambiar el consumo de alcohol. De esta forma el instrumento proporciona dos puntuaciones por separado que se pueden comparar y permite identificar si un individuo percibe más costos o más beneficios de dejar o reducir el consumo de una sustancia específica.

Cunningham et al. (1997) reportan que el ADCQ en población adulta con consumo de alcohol mostró validez de contenido a partir de la evaluación de cuatro de jueces expertos; la validez de constructo fue determinada mediante un análisis factorial de componentes principales, donde la solución de los dos factores representó el 41.3% de la varianza explicada. Este instrumento reportó en adultos canadienses que consumen alcohol un Coeficiente Alpha de Cronbach de .92 para la dimensión costos y de .90 para la dimensión beneficios. Otros autores como Carey, Masito, Carey y Purnine (2001)

reportan un Coeficiente Alpha de Cronbach de .85 para costos y de .93 para los beneficios en adultos estadounidenses consumidores de alcohol.

En el presente estudio se utilizó la versión en español descrita por Miller (1999), la cual evalúa las mismas dimensiones que la versión original (costos y beneficios), con el mismo número de reactivos y con la misma escala de puntuación descrito anteriormente. Esta versión fue traducida para la población española, no obstante no se reporta la consistencia interna; por lo que se realizó una revisión del contenido por un grupo de expertos para adecuar el lenguaje a la población mexicana, así como la aplicación de una prueba piloto para evaluar su comprensión y consistencia interna en trabajadores mexicanos, donde se obtuvo .97 de Alpha de Cronbach.

Escala de Estrés Percibido.

La Escala de Estrés Percibido (PSS, por sus siglas en inglés) de Cohen, Kamarck y Mermelstein (1983) fue diseñada para muestras con estudios mínimos de secundaria y evalúa el nivel de percepción de estrés del individuo durante el último mes (Apéndice G). Consta de 14 reactivos con formato de respuesta tipo Likert de cinco opciones de respuesta que varían desde cero (nunca) hasta cuatro (siempre). Para obtener la puntuación total se deben invertir las puntuaciones de los reactivos positivos (4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13) para, posteriormente, sumar los 14 elementos. El rango de puntuación varía entre cero (mínimo estrés percibido) y 56 puntos (máximo estrés percibido), lo que indica que a mayor puntuación corresponde un mayor nivel de percepción de estrés.

La PSS tiene validez discriminante, debido a que es una medida del estrés independiente de los síntomas psicológicos, físicos, trastornos depresivos o ansiedad; denota una gran robustez debido a que ha sido traducida y validada en diferentes países (Faro & Pereira, 2013). En población mexicana González y Landero (2007) validaron el instrumento mediante el análisis factorial confirmatorio y se obtuvieron dos factores en una muestra de 365 estudiantes universitarios de Nuevo León, México. La confiabilidad obtenida mediante el Coeficiente Alpha de Cronbach fue de 0.83, esta versión se

utilizará en la presente investigación. Esta escala fue diseñada para su utilización en población general y también puede emplearse en población específica; en trabajadores venezolanos se ha reportado un Coeficiente Alpha de Cronbach de .95 (Benítez, D'Anello, & Noel, 2013).

Línea Base Retrospectiva

La Línea Base Retrospectiva (LIBARE) desarrollada por Sobell y Sobell (1993) para población norteamericana con el objetivo de registrar los días de consumo de alcohol y la cantidad consumida según la medida de tragos estándar. Este fue adaptado a población mexicana por Echeverría y Ayala (1997b) para medir la conducta de consumo de bebidas alcohólicas antes, durante y después de un tratamiento (Apéndice H). Este instrumento de autoreporte requiere que las personas estimen retrospectivamente el consumo diario de alcohol durante un periodo específico. Para este fin se le proporcionó al usuario un calendario de forma semanal y se le solicitó que reportara el número de copas estándar consumido cada día. El instrumento mostró una confiabilidad test-retest de .90 en su adaptación a la población mexicana. Para procesar la información se obtendrán promedios del número de copas estándar consumidas en una semana.

Nivel de Concentración de Alcohol en Sangre.

Para medir el nivel de concentración de alcohol en sangre se utilizó el software Blood Alcohol Calculator (Alcohol Help Center, 2017), el cual utiliza parámetros como: el sexo, peso (kg), número de copas estándar, el tiempo dedicado al consumo y el país de origen. Este programa toma como base la fórmula (FEMSAS), la cual fue desarrollada por Widmark en 1981 (citado por Searle, 2015); esta técnica permite calcular la alcoholemia en un momento dado del tiempo posterior al consumo de alcohol, en este caso el número de bebidas alcohólicas estándar consumidas en la última semana o en el último mes. La fórmula es la siguiente: Nivel de alcohol en sangre = $\{[(\text{bebida estándar} * 0.6 * 100 * 1.055) / (\text{peso} * \text{constante de sexo})] - (0.015 * \text{horas})\}$. El valor constante género es 0.68 para los hombres y 0.55 para las mujeres. El procedimiento para tomar el

peso se muestra en el Apéndice I, según la Norma Oficial mexicana NOM-008-SSA3-2010.

En el software Blood Alcohol Calculator se registran los parámetros antes descritos, lo cual arroja el resultado en gramos/100 mililitros. Además describe los efectos fisiológicos producidos por el nivel de alcohol en sangre: de 0.1 a 0.2 g/L el individuo no presenta síntomas, de 0.3 a 0.5 g/L se presenta la relajación, alegría, desinhibición y disminuye la concentración, de 0.6 a 0.8 g/L existe la presencia de euforia, sentimientos mitigados, desinhibición y percepción profunda. Una concentración de 0.9 a 1.9 g/L existe exceso de expresión, desestabilidad emocional, enojo, dificultad en los reflejos y en la motricidad fina, de 2 a 2.9 g/L se presenta estupor, pérdida de comprensión, deterioro de las sensaciones, deficiencia motora grave y amnesia.

De 3 a 3.9 g/L se presenta depresión grave del sistema nervioso central, pérdida del conocimiento, discapacidad en el funcionamiento de la vejiga, hipoventilación y posibilidad de muerte. Finalmente de 4 g/L o más se presenta la dificultad de respirar, alto riesgo de intoxicación y la posibilidad de muerte. En México de acuerdo a la ley de tránsito los niveles de alcohol en sangre permitidos es menor a 0.8 g/L (Secretaría de Salud, 2010).

Medición de la Presión Arterial

La presión arterial es uno de los indicadores cardiovasculares más utilizados para identificar la reducción de estrés en diversas poblaciones, incluyendo trabajadores (Faro & Pereira, 2013; Gasperin, Netuveli, Soares, & Pascoal, 2009; Mucci et al., 2016; Serrano, Moya, & Salvador, 2009; Trapp et al., 2014).

La presión arterial (PA) es una medida de la presión ejercida por la sangre cuando fluye por las arterias. La presión sistólica es la presión que ejerce la sangre a consecuencias de la contracción de los ventrículos, la presión diastólica es la presión que resta cuando los ventrículos están en reposo; la presión arterial se mide en milímetros de

mercurio – mmHg. Una persona se considera normotensa cuando presenta una presión de 120/80 mmHg, la hipotensión se presenta cuando una persona tiene una presión 90/60 mmHg o menos, la hipertensión se diagnostica cuando una persona tiene una presión arterial de 140/90 mmHg o superior (Berman & Snyder, 2013). En este estudio se realizaron dos mediciones de la PA, una antes de la intervención (medición inicial) y una al finalizar la intervención (medición final). El procedimiento fue tomado de la Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009 (SS, 2010) para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica (Apéndice J).

Instrumentos para medir la factibilidad de la intervención.

Lista de Cotejo de Factibilidad del Reclutamiento.

Para evaluar la factibilidad de reclutamiento de participante se diseñó una lista de cotejo (Apéndice L), que incluye: a) El reclutamiento de participante (número de empresas donde se solicitó permiso para el reclutamiento, número de empresas que otorgaron su permiso y donde se realizó el reclutamiento, número de trabajadores a los que se le aplicó los instrumentos de inclusión, número de trabajadores que cumplieron los criterios de selección y número de trabajadores que aceptaron participar), b) La existencia de limitaciones reportadas por las instituciones laborales para llevar a cabo el reclutamiento (exceso de trabajo, horarios limitados, falta de interés de autoridades de empresa por la intervención y porque dejen de consumir alcohol sus trabajadores), c) La presencia de limitaciones reportadas por los trabajadores para llevar a cabo el reclutamiento de participantes (no consideran tener un problema de consumo de alcohol, no tienen interés en reducir el consumo de alcohol, creer que la familia no se interesa en que el reduzca su consumo de alcohol, no poder recibir al facilitador en casa).

Lista de Cotejo de Factibilidad de Entrega de la Intervención.

Para evaluar la factibilidad de la entrega de la intervención se realizó una lista de cotejo (Apéndice M) que señala: a) El cumplimiento de la entrega de la intervención en los días y horarios establecidos, b) Si existieron reprogramaciones y las razones de los

cambios, c) Si existieron interrupciones durante la entrega de la intervención, si hubo necesidad de una entrevista adicional para mantener la motivación con la intervención, y d) Cumplimiento de todas las actividades planeadas por sesión y cumplimiento de participantes con las tareas recomendadas para realizar casa.

Cuestionario de Evaluación de la Intervención y Satisfacción del Participante.

El Cuestionario de Evaluación de la Intervención y Satisfacción del Participante, diseñado por los autores del estudio (2017) con base al Client Satisfaction Questionnaire (Echeburúa & Corral, 1998). Consta de dos apartados (Apéndice N): El primer apartado tiene la finalidad de evaluar la utilidad de los elementos de la intervención, se integra por ocho preguntas. Las primeras siete preguntas hacen referencia sobre: el consejo proporcionado por los facilitadores, los contenidos incluidos en cada sesión, el seguimiento telefónico, actividades realizadas en casa sesión, tareas recomendadas al participante para casa y la aplicación de reflexología facial; tienen una patrón de respuesta tipo Likert: 4= Muy útil a 1= Nada útil. La octava pregunta permite que el participante califique del 1 al 10 la intervención de manera general.

El segundo apartado tiene la finalidad de evaluar la satisfacción con la intervención y su aceptabilidad, se integra por ocho preguntas. Las primeras siete preguntas contemplan aspectos como: satisfacción con la forma en que fue invitado a participar en la intervención, con el trato que recibió de los facilitadores, con la comunicación que tuvo con los facilitadores, el recibir la intervención en su casa, con el número de sesiones, con la duración de tiempo de cada sesión y con los resultados de la intervención; tienen un patrón de respuesta tipo Likert: 4) Muy satisfecho a 1= Nada satisfecho. La octava pregunta permite que el participante califique del 1 al 10 qué tan satisfecho está con la intervención de manera general.

Además se integran dos preguntas, la primera indaga si el participante recomendaría la intervención a otras personas que requieran reducir su consumo de

alcohol, con opción de respuesta de Si o No. La segunda pregunta solicita al participante que describa los aspectos de la intervención que podrían mejorar.

Procedimiento de Reclutamiento de Participantes

Se contó con la aprobación de la Comisión de Investigación y de la Comisión de Ética para la Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Posteriormente se difundió y explicó los propósitos del estudio a los representantes de instituciones y empresas que tienen convenio con la Facultad de Enfermería, mediante una presentación pública, para obtener la autorización para realizar el reclutamiento de participantes de la intervención.

Una vez obtenida la autorización formal de las instituciones que se hicieron de forma verbal, se programó con el departamento de salud ocupacional el horario, lugar y día donde se realizó una entrevista personal a cada trabajador con duración de 15 minutos para la aplicación de la Cédula Filtro y el Cuestionario de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol, con la finalidad de determinar si cumplían con los criterios de inclusión.

Los trabajadores que cumplieron con los criterios de inclusión fueron citados de manera individual dentro de las instalaciones de la industria, con la colaboración del departamento de salud ocupacional; con la finalidad de informarles sobre el nivel de riesgo del consumo de alcohol, explicarles los objetivos de la intervención y hacerles la invitación formal para formar parte del estudio. Además se solicitó a los participantes datos de contacto como teléfono y correo electrónico.

Procedimiento de Recolección de Datos

El investigador se puso en contacto con los trabajadores que cumplieron con los criterios de inclusión, para programar una cita en el horario que mejor le convenía y que no interfiriera con la productividad de la industria, esto fue en un área designada por la industria. El investigador se trasladó a la empresa; en primer lugar se agradeció al trabajador por recibirlo, se hizo entrega y lectura del consentimiento informado y el

aseguramiento del anonimato y confidencialidad de la información. Después de la firma del consentimiento, se entregó un sobre amarillo al participante el cual incluía: la Cédula de Datos Personales, el Cuestionario de Confianza Situacional, el Cuestionario sobre las Consecuencias del Alcohol, la Escala de Estrés Percibido y la Línea Base Retrospectiva-LIBARE. Se tomó el peso de los participantes, lo cual es de utilidad para calcular el Nivel de Concentración de Alcohol en Sangre; así como la presión arterial que sirve como indicador del estrés.

Una vez que el participante terminó de responder los instrumentos de medición, se procedió a programar la fecha de la primera sesión de la intervención y se le proporcionaron los materiales y las indicaciones necesarias para la entrega de la intervención; finalmente se le agradeció al participante su tiempo y se le informó que posteriormente se realizaría una llamada telefónica dos días antes de la siguiente sesión para aclarar algunas dudas del participante y realizar el recordatorio de la próxima cita.

Durante la siete semanas que duró la intervención breve de enfermería para reducir el consumo de alcohol se entregó el manual del participante, este contiene información sobre los tipos de consumo de alcohol y las consecuencias del consumo excesivo de alcohol, las instrucciones para realizar un plan de acción para reducir el consumo de esta sustancia, así como el apoyo para sus acciones en el hogar. Durante todas las sesiones se realizó reflexología facial con el apoyo de música instrumental y aceites aromáticos. Además se monitoreo telefónicamente a los participantes para programar las citas, aclarar dudas y hacer recomendaciones.

Al término de la intervención se aplicaron nuevamente los instrumentos de medición y se midieron el peso y la presión arterial. Al finalizar el levantamiento de datos, los cuestionarios se colocaron en sobres cerrados por el investigador principal y se resguardaron por un periodo de 12 meses, posteriormente a ese tiempo la información será destruida.

Síntesis de la Intervención Breve

La intervención breve de enfermería planteada en este estudio está dirigida a incrementar la autoeficacia y reducir el consumo de alcohol de riesgo en personas adultas que trabajan (Apéndice O); ha sido diseñada con base en el protocolo y elementos del FRAMES (retroalimentación, responsabilidad, consejo, opciones de cambio, empatía, y autoeficacia) de Miller (1999) sustentada conceptualmente con las fuentes de información de la autoeficacia (experiencia vicaria, persuasión verbal y retroalimentación fisiológica/ emocional) de la Teoría de Autoeficacia de Bandura (1977). Además se integra la reflexología facial como terapia encaminada a reducir el estrés de los participantes (esta representa la fuente de información de retroalimentación fisiológica/emocional). Así mismo se incluye el seguimiento telefónico del participante entre una sesión y otra.

La intervención se entregó dentro de las instalaciones de las industrias, en un área acondicionada por los facilitadores, en un horario que no interfirió con la productividad de la empresa. Se realizaron siete sesiones individuales, una por semana, con una duración de 60 minutos por sesión, la cuales se describen a continuación: 1) Sesión de medición inicial, tiene la finalidad de evaluar al participante y fijar metas de la intervención, 2) Sesión uno, está orientada a ofrecer información al participante sobre las consecuencias del consumo excesivo de alcohol, el nivel sensato de alcohol, así como analizar los costos y beneficios de reducir el consumo de alcohol, 3) Sesión dos, permite analizar al participante las situaciones de tentación de consumo de alcohol y desarrollar un plan para reducir el consumo, 4) Sesión tres, tiene el fin de aumentar la autoeficacia del participante para reducir el consumo de alcohol mediante la lectura y reflexión de estudios de casos de personas que lograron reducir su consumo de alcohol.

5) Sesión cuatro, busca ayudar a los participantes a desarrollar habilidades para rechazar el consumo de alcohol, así como la búsqueda de apoyo social, 6) Sesión cinco,

tiene la finalidad de evaluar la intervención y satisfacción del participante con la intervención, 7) Sesión de evaluación final, en esta se realiza la segunda medición de los indicadores empíricos y se ofrecen recomendaciones finales a los participantes.

La reflexología facial se aplicó a partir de la sesión uno a la cinco, al finalizar la consejería sobre el consumo de alcohol. Antes de iniciar la reflexología el facilitador creó un espacio agradable en el área designada en la empresa (música de la naturaleza). El participante se colocó cómodamente mesa plegable de reflexología cubriendo esta con una sábana desechable. El facilitador contó con 15 minutos para aplicar la técnica establecida (masaje de cráneo según Michio Kushi, 32 puntos de acupuntura y mapa del cuerpo oriental), la cual es estandarizada. Se empleó aceite aromático para aplicar la reflexología facial.

Para la entrega de la intervención se diseñaron dos manuales uno para el facilitador y otro para el participante. Estos manuales son guías que orientan la entrega sistemática de la intervención y orienta al participante a seguir las indicaciones y tareas; estos se han diseñado con base al Protocolo de Intervención de Enfermería para Reducir el Consumo de Alcohol en Trabajadores. Los materiales que incluyen los manuales son derivados del Protocolo de Miller (1999), de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, del Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, Del Instituto Nacional sobre el Abuso de Alcohol y Alcoholismo y de la Secretaría de Salud en México.

El manual para el facilitador contiene fundamentos de la intervención breve y de la reflexología facial, la descripción organizada de las sesiones, el tiempo requerido, las actividades por sesión y los materiales requeridos para la entrega sistemática de la consejería y de la reflexología facial; así como la descripción de los instrumentos de medición. El manual para el participante incluye las actividades a desarrollar a lo largo de las sesiones y las tareas que el participante realizará en el transcurso de la semana.

Reclutamiento y Entrenamiento de Facilitadores

El reclutamiento y selección de los facilitadores se realizó cuatro semanas antes de la entrega de la intervención, bajo la responsabilidad del investigador principal. Para la selección de los facilitadores se establecieron como criterios mínimos necesarios: tener habilidades de comunicación, disponibilidad de tiempo, interés en participar en el estudio, responsabilidad mostrada por el cumplimiento de sus estudios de maestría, así como haber recibido al menos un curso de reflexología facial; evaluado a través de una entrevista cara a cara. La difusión de los puestos de facilitadores se realizará a través de contacto personal; los interesados fueron entrevistados por el investigador principal, con la finalidad de identificar aquellos aspirantes que reúnan los criterios señalados.

El investigador principal fue capacitado en la aplicación de terapia breve durante un semestre mediante un programa impartido por la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL). Además recibieron tres cursos teórico práctico de reflexología facial impartidos por el Cuerpo Académico de Prevención de Adicciones de la Facultad de Enfermería.

Los facilitadores seleccionados fueron reunidos con la finalidad de explicar el papel y responsabilidades del facilitador, enfatizando la disponibilidad de tiempo para el entrenamiento y la entrega de la intervención, así como la importancia de garantizar la fidelidad de la intervención mediante el apego al protocolo o currículo. Como criterios de fidelidad de la intervención se consideraron: el cumplimiento del objetivo de la sesión, cumplimiento de las actividades programadas en la sesión, el uso de los materiales indicados para la sesión, el facilitador se asegura que el participante comprenda la información proporcionada, el facilitador demostró dominio de los temas abordados en la sesión, el facilitador permitió que el participante hablara sin interrupción, el facilitador aclara las dudas del participante, aplica la terapia de reflexología facial de forma correcta (de acuerdo al manual del facilitador).

Los facilitadores fueron entrenados durante seis sesiones (dos horas cada sesión), dos veces por semana por el investigador principal. El entrenamiento incluyó aspectos como: el fundamento de la intervención breve y de la reflexología facial, el procedimiento de la entrega de cada sesión de la intervención (objetivos, actividades, materiales e instrumentos de medición), así como el papel y aptitudes del facilitador.

Al final del entrenamiento los facilitadores realizaron la devolución del procedimiento de la entrega de la intervención (consejo breve y reflexología facial) con la finalidad de asegurar que adquirieron los conocimientos y habilidades requeridas para su implementación en los escenarios reales.

Consideraciones Éticas

El presente estudio se apegó a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de salud, 1987). Antes de aplicar el estudio se contó con la aprobación de la Comisión de Investigación y de la Comisión de Ética para la investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, como lo señala el Capítulo I, Artículo 14. Se tomaron en cuenta lo estipulado en el Artículo 13; se respetó la dignidad y bienestar de los participantes, procurando en todo momento otorgar un trato respetuoso, cordial y profesional. En cumplimiento del Artículo 16 se protegió la privacidad y confidencialidad de los participantes; por lo que se evitó revelar información que identifique la identidad del participante.

De acuerdo al Artículo 17, Fracción II, el presente estudio se consideró como de riesgo mínimo; en todo momento se estuvo atento de la presencia de alguna molestia emocional, previendo para estos casos la suspensión y reprogramación de la intervención, no obstante esto no se presentó. Se consideró lo establecido en el Artículo 21, Fracción I a XI, que aborda lo referente a los criterios del consentimiento informado; por lo que se proporcionó al participante el consentimiento por escrito y de forma verbal; en el cual se explicó el objetivo del estudio, los procedimientos, los posibles

riesgos y beneficios del estudio, además se mencionó su libre participación en la investigación y el derecho de retirarse del estudio en el momento que lo considerara conveniente (Apéndice P).

De igual forma se consideró lo dispuesto en el Capítulo V, Artículo 58, relativo a la investigación en grupos subordinados, por lo que se explicó a los participantes que el rechazo a participar en el estudio o la retirada de su consentimiento, no tendría repercusiones en su situación laboral, así mismo se les dejó claro que los resultados de la investigación no sería utilizados en su perjuicio.

Plan de Análisis

Los datos obtenidos fueron capturados y procesados a través del programa estadístico IBM Statistical Package for the Social Science (IBM SPSS) versión 21.0 para Windows. Además se utilizó el software Blood Alcohol Calculator para calcular el nivel de concentración de alcohol en sangre. Para el análisis se utilizó estadística descriptiva a través de frecuencias y proporciones para las variables categóricas, medidas de tendencia central y de variabilidad para las variables numéricas y estadística inferencial para determinar diferencias. La consistencia interna de los instrumentos fue determinada por medio del Coeficiente Alpha de Cronbach. Para conocer la normalidad de la variable se empleó la prueba de bondad de ajuste Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors y en base a los resultados se decidió el uso de estadística no paramétrica. En las tabla 2 y 3 se presentan las estadísticas utilizadas para responder a los objetivos y contrastar las hipótesis del estudio.

Tabla 2

Pruebas estadísticas para dar respuesta a los objetivos del estudio

Objetivo General	Prueba estadística
Analizar la factibilidad y efecto de una intervención breve de enfermería basada en la autoeficacia y la reflexología facial para la reducción de la percepción de estrés y el consumo de alcohol en trabajadores.	Estadística descriptiva Prueba de Wilcoxon
Objetivos Específicos	Prueba estadística
1.-Explorar la viabilidad de reclutar y retener a los participantes en una intervención breve de enfermería para reducir el consumo de alcohol en trabajadores.	Estadística descriptiva
2.-Explorar la viabilidad de la entrega de una intervención breve de enfermería para reducir el consumo de alcohol en trabajadores.	Estadística descriptiva
3.-Evaluar los componentes de la intervención breve de enfermería para reducir el consumo de alcohol (consejo breve, reflexología facial, seguimiento telefónico, dosis) desde la perspectiva los participantes.	Estadística descriptiva
4.-Explorar la satisfacción de una intervención breve de enfermería para reducir el consumo de alcohol desde la perspectiva de los participantes.	Estadística descriptiva
5.-Determinar la relación entre la autoeficacia, la percepción de estrés, el consumo de alcohol y las características personales de los trabajadores post intervención.	Correlación de Spearman

Tabla 3

Pruebas estadísticas para contrastar las hipótesis del estudio

Hipótesis	Prueba Estadística
1.-Las expectativas de autoeficacia y las expectativas resultado se incrementaran al término de la intervención.	Prueba de Wilcoxon
2.-Los puntajes de percepción de estrés y de la presión arterial serán menores al término de la intervención breve.	Prueba de Wilcoxon
3.-El número de bebidas alcohólicas consumidas en un día típico y el nivel de concentración de alcohol en sangre se reducirán al término de la intervención breve.	Prueba de Wilcoxon

Capítulo III

Resultados

En esta sección se presentan los resultados obtenidos en el estudio. Los datos se muestran de la siguiente manera: factibilidad del estudio de intervención, evaluación de la intervención y satisfacción del participante, consistencia interna de los instrumentos, estadística descriptiva, distribución de las variables del estudio y estadística inferencial.

Factibilidad del Estudio de Intervención

Para dar respuesta al objetivo uno que planteó explorar la viabilidad de reclutar y retener a los participantes en una intervención breve de enfermería para reducir el consumo de alcohol en trabajadores, se presentan la tabla 4 y las figuras 4 y 5.

Tabla 4

Rama de las industrias invitadas a participar en el proyecto de investigación

Rama industrial (<i>n</i> = 21)	<i>f</i>	%
Alimentos	5	23.8
Electrónica	4	19.1
Servicios	3	14.3
Papelera	3	14.3
Metalúrgica	2	9.5
Automotriz	2	9.5
Otros	2	9.5

Nota: *n* = Total de la muestra, *f*= Frecuencia, % = Porcentaje

Se realizó la invitación para participar en el presente estudio a industrias que tienen convenio con la facultad de enfermería, mediante una exposición oral y presencial con la ayuda de estrategias didácticas y mostrando los materiales utilizados en la intervención. En la tabla 4 se presenta la rama de las industrias invitadas, se observa que el 23.8% fueron empresas de alimentos y 19.1% fabricantes de productos electrónicos, seguido de industrias de servicios y papeleras con 14.3% cada una.

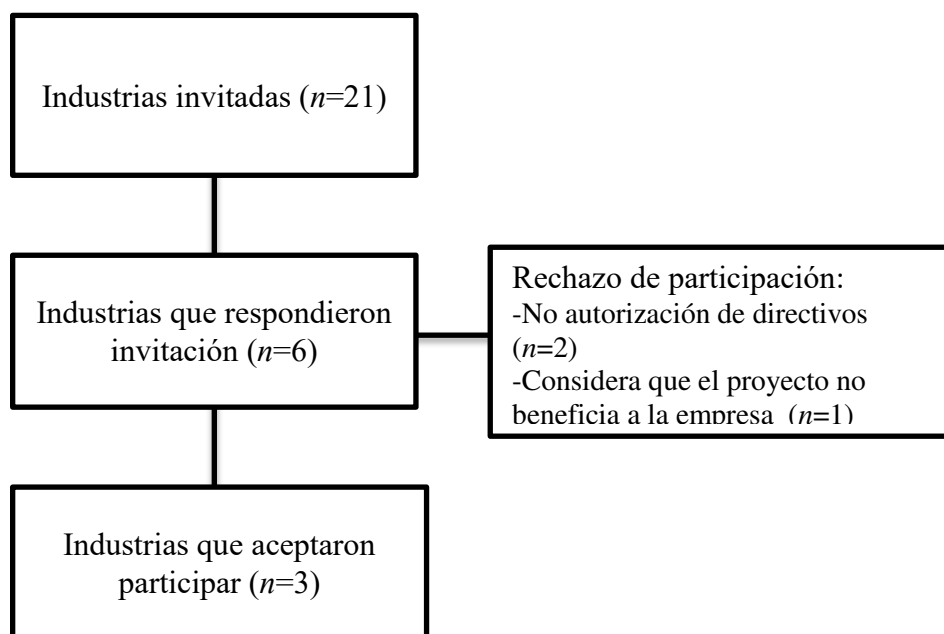


Figura 4. Flujograma de reclutamiento de industrias

En la figura 4 se muestra el flujograma del reclutamiento de las industrias, se observa que de 21 industrias posibles de participar, seis mostraron interés en que se presentara el estudio ante los directivos de la empresa. Posterior a la exposición del estudio y en particular de la intervención ante los directivos, en dos de las empresas no se obtuvo la autorización de los gerentes y una manifestó que la intervención no beneficiaba a la producción. Tres empresas aceptaron que se realizara el reclutamiento de participantes (14.2% de las industrias invitadas), una fue una empresa metalúrgica y el resto industria de alimentos.

Otros datos que son importantes mencionar es que de la fecha en que se invitó a participar a las industrias a la fecha en que aceptaron iniciar con el reclutamiento de participante, transcurrió un periodo entre dos y cuatro meses. El número de visitas a las empresas antes de aceptar participar fue de dos a seis; esto ocurrió por la necesidad de reprogramación de citas para presentar el estudio ante los directivos de la empresa, cancelación de citas, y presentación del proyecto a diferentes niveles de mando dentro de la empresa.

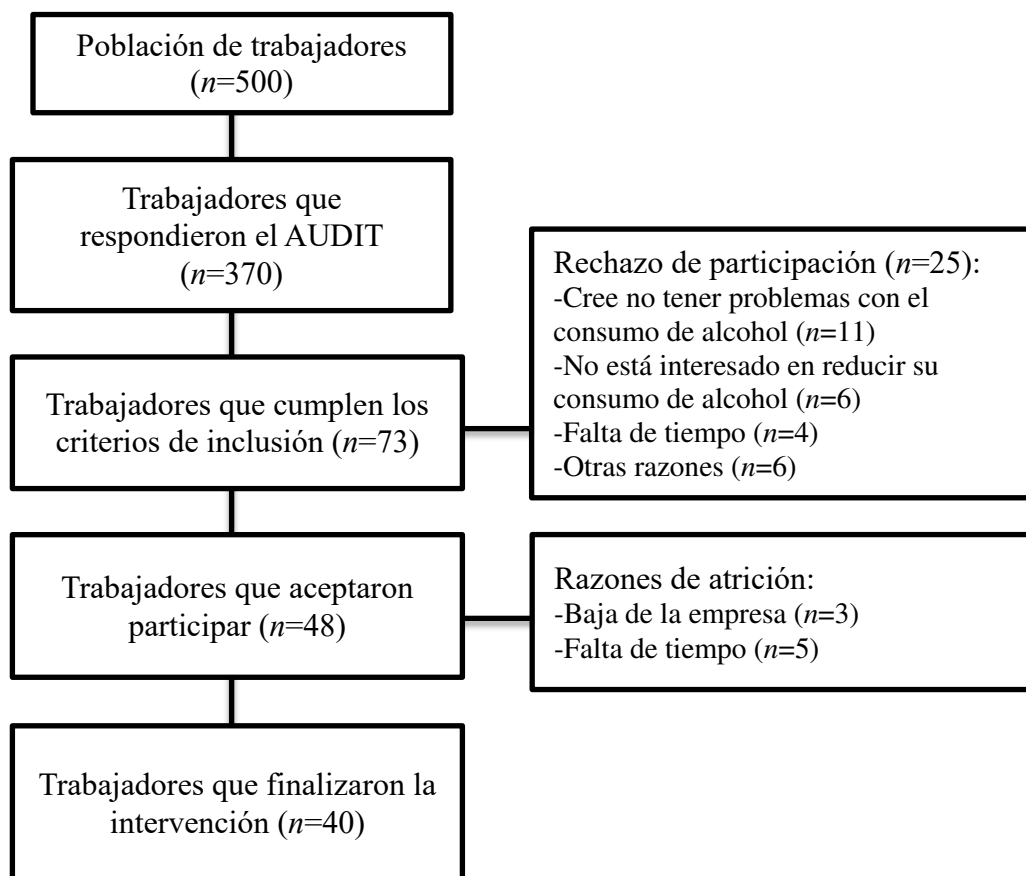


Figura 5. Flujograma del reclutamiento de participantes

En la figura 5 se describe el proceso de reclutamiento de participantes, al considerar las tres empresas que aceptaron participar la población fue de 500 trabajadores. Se aplicó el cuestionario AUDIT a 370 empleados (74% de la población), de estos 73 trabajadores cumplieron con los criterios de inclusión (19.7% de los que respondieron el AUDIT). Se observa que 25 empleados no aceptaron participar en la intervención (34.2% de los que cumplieron los criterios de inclusión), las razones principales para rechazar participar fueron: creer que no tienen un problema con el consumo de alcohol y no estar interesados en reducir su forma de consumir alcohol. Finalmente 48 empleados aceptaron participar en el estudio (65.7% de los que cumplieron los criterios de inclusión), de estos 40 finalizaron la intervención (83.3% de los que aceptaron participar).

Para dar respuesta al objetivo dos que planteó explorar la viabilidad de la entrega de una intervención breve de enfermería para reducir el consumo de alcohol en trabajadores, se presenta las tablas 5 y 6.

Tabla 5

Características de la entrega de la intervención de enfermería

Variables (n= 40)	Si		No	
	f	%	f	%
Entrega en la hora establecida	39	97.5	1	2.5
Reprogramación de sesiones	13	32.5	27	67.5
Interrupción durante las sesiones	-	-	40	100
Se cumplió con las actividades programadas para la sesión	39	97.5	1	2.5
Necesidad de entrevistas adicionales para mantener la participación	6	15.0	34	85.0

Nota: n = Total de la muestra, f= Frecuencia, % = Porcentaje

En la tabla 5 se observan las características de la entrega de la intervención, se reporta que esta se hizo en la hora establecida en el 97.5% de las citas establecidas, hubo necesidad de reprogramar citas en el 32.5% de los participantes, el 97.5% de las sesiones de aplicación de la intervención se cumplieron con todas las actividades programadas para cada sesión, en el 15% de los participantes se requirió de entrevistas adicionales para mantener la motivación en la intervención.

Tabla 6

Razones de reprogramación de sesiones de la intervención de enfermería

Variables (n= 13)	Si	
	f	%
Cambio de turno	3	23.1
Cancelación por el participante de última hora	3	23.1
Exceso de trabajo	5	38.5
Vacaciones	2	15.3

Nota: n = Total de la muestra, f= Frecuencia, % = Porcentaje

La tabla 6 muestra las razones de reprogramación de sesiones, el 38.5% fue por exceso de trabajo del participante, seguido de cambio de turno y cancelación a última hora con 23.1% en ambos casos.

Evaluación de la Intervención y Satisfacción del Participante

Para dar respuesta al objetivo tres que planteó evaluar los componentes de la intervención breve de enfermería para reducir el consumo de alcohol desde la perspectiva los participantes, se presenta la tabla 7.

Tabla 7

Evaluación de los participantes sobre los componentes de la intervención

Elementos (n= 40)	Muy útil		Útil		Algo útil		Nada útil	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Consejo ofrecidos por el facilitador	29	72.5	9	22.5	2	5.0	-	-
Contenido del manual del participante	28	70.0	12	30.0	-	-	-	-
Tarjetas con frases de motivación	22	55.0	16	40.0	-	-	2	5.0
Llamadas telefónicas	17	42.5	15	37.5	4	10.0	4	10.0
Actividades durante la sesiones	28	70.0	10	25.0	2	5.0	-	-
Actividades encargadas para casa	18	45.0	17	42.5	5	12.5	-	-
Recibir reflexología facial	33	82.5	7	17.5	-	-	-	-

Nota: n = Total de la muestra, f= Frecuencia, % = Porcentaje

En la tabla 7 se observa la evaluación de los participantes sobre los componentes de la intervención. El 95% de ellos consideraron que los consejos y orientaciones ofrecidos por el facilitador fueron útiles y muy útiles, el 100% refirió que el contenido del manual del participantes fue útil y muy útil, el 95% pensó que las tarjetas con frases de motivación fueron útil y muy útil, el 80% consideró que las llamadas telefónicas

realizadas por el facilitador fueron útiles y muy útiles. El 95% manifestó que las actividades realizadas durante las sesiones fueron útiles y muy útiles, y un 87.5% respondió que las actividades encargadas para hacer en casa fueron útiles y muy útiles. El 100% de los participantes consideró que recibir reflexología facial fue útil y muy útil para alcanzar la meta de reducir el consumo de alcohol.

Se pidió a los participantes que evaluaran la utilidad de los componentes de la intervención con una escala del uno al diez. El 45% calificó con 10 puntos ($f= 18$), el 42.5% dio una puntuación de 9 ($f= 17$) y 12.5% evaluó con 8 puntos ($f= 5$).

Para dar respuesta al objetivo cuatro que planteó explorar la satisfacción de una intervención breve de enfermería para reducir el consumo de alcohol desde la perspectiva de los participantes, se muestra la tabla 8.

Tabla 8

Evaluación de la satisfacción de los participantes con la intervención

Elementos ($n= 40$)	Muy satisfecho		Satisfecho		Algo satisfecho	
	f	%	f	%	f	%
Forma en que fue invitado a participar	29	72.5	7	17.5	4	10.0
Trato recibido por los facilitadores	31	77.5	5	12.5	4	10.0
Comunicación tenida con los facilitadores	29	72.5	7	17.5	4	10.0
Número de sesiones	14	35.0	22	55.0	4	10.0
Duración de la sesiones	22	55.0	12	30.0	6	15.0
Recibir la intervención en su lugar de trabajo	20	50.0	15	37.5	5	12.5
Resultados de la intervención	25	62.5	11	27.5	4	10.0

Nota: n = Total de la muestra, f = Frecuencia, % = Porcentaje

En la tabla 8 se presenta la evaluación de los participantes con la intervención, resalta que el 90% de ellos respondieron estar satisfechos o muy satisfechos con la forma en que fueron invitados a participar en la intervención, con el trato recibido por el facilitador, con la comunicación que se tuvo con el facilitador, con el número de sesiones, con la duración de las sesiones y con los resultados de la intervención. Un 87.5% estuvo satisfecho con recibir la intervención en el lugar de trabajo. Se les preguntó a los participantes si recomendarían la intervención a algún familiar o amigo que requiera reducir su consumo de alcohol, el 100% respondieron que si la recomendarían.

Consistencia Interna de los Instrumentos

Tabla 9

Consistencia interna de los instrumentos SCQ, ADCQ, PSS

Instrumentos (n=40)	No. de Reactivos	Reactivos	α
SCQ	39	1 a 39	.92
Intrapersonal	28	1-3, 7-13, 17-23, 27-33, 36-39	.92
Interpersonal	11	4- 6, 14-16, 24-26, 34-35	.68
ADCQ	28	1 a 28	.87
Costos	13	2, 3, 5, 8, 14-17, 21-22, 24, 26, 28	.87
Beneficios	15	1, 4, 6, 7, 9, 10-13, 18-20, 23, 25, 27	.89
PSS	14	1 a 14	.81

Nota: n= Total de la muestra, SCQ = Cuestionario de Confianza Situacional, ADCQ= Cuestionario sobre las Consecuencia del Alcohol y Drogas, PSS =Escala de Estrés Percibido, α = Alpha de Cronbach

En la tabla 9 se muestra la consistencia interna de los instrumentos a través del Coeficiente Alpha de Cronbach. El cuestionario de confianza situacional (SCQ) obtuvo un Alpha de .92 en su escala total, el cuestionario sobre la consecuencia del alcohol y drogas (ADCQ) un Alpha de .89, y la escala de estrés percibido (PSS) presentó .81 de Alpha de Cronbach. La consistencia interna de los tres instrumentos y sus dimensiones se consideran aceptables (Gray, Grove, & Sutherland, 2017).

Estadística Descriptiva

Tabla 10

Características personales de los participantes

Características (n= 40)	<i>f</i>	%
Sexo		
Hombre	23	57.5
Mujer	17	42.5
Edad (años)		
20 a 25 años	23	57.5
26 a 35 años	7	17.5
36 a 45 años	9	22.5
46 a 55 años	1	2.5
Estado Civil		
Sin pareja	28	72.5
Con pareja	11	27.5
Escolaridad		
Primaria	1	2.5
Secundaria	7	17.5
Bachillerato	4	10.0
Universidad	28	70.0
Categoría laboral		
Administrativo	10	25.0
Operativo	30	75.0

Nota: *n* = Total de la muestra, *f*= Frecuencia, % = Porcentaje

En la tabla 10 se presentan las características sociodemográficas de los participantes, 57.5% son hombres, el grupo de 20 a 25 años de edad con 57.5%, sin pareja el 72.5%, con estudios universitarios el 70% y con categoría laboral de operativo con 75%.

Tabla 11

Antecedentes del consumo de alcohol de los participantes

Características (n= 40)	f	%
Consumo excesivo ocasional		
Si	14	35.0
No	26	65.0
Situaciones de mayor consumo		
Estando solo	3	7.5
En fiestas	14	35.0
Con compañeros de trabajo	3	7.5
En reunión familiar/amigos	19	47.5
Con la pareja	1	2.5
Bebida alcohólica de preferencia		
Cerveza	35	87.5
Otra	5	12.5
Edad de inicio de consumo		
7 a 13 años	5	12.5
14 a 18 años	28	70.0
19 a 22 años	6	15.0
23 o más años	1	2.5
Compañía de la primera bebida		
Estando solo (a)	3	7.5
Con amigos	30	75.0
Con familiares	7	17.5
Intentos previos de reducir el consumo		
Si	26	65.0
No	14	35.0
Número de copas por ocasión		
1 a 4 copas	8	20.0
5 a 9 copas	21	52.5
10 o más copas	11	27.5

Nota: n = Total de la muestra, f= Frecuencia, % = Porcentaje

En la tabla 11 se observan los antecedentes del consumo de alcohol de los participantes. El 65% tiene consumo excesivo ocasional (Binge Drinking), un 47.5% consume más alcohol durante las reuniones familiares o con amigos, el 87% prefiere

consumir cerveza, el 70% inició el consumo de alcohol de los 14 a los 18 años de edad, el 75% consumió su primera bebida alcohólica en compañía de un amigo, el 52.5% consume de 5 a 9 copas de alcohol y 27.7% consume 10 o más copas de alcohol.

Estadística Inferencial

Tabla 12

Prueba de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de Lilliefors

Variable (n= 40)	\bar{X}	Mdn	DE	Valor Min	Valor Max	D ^a	p
Edad (años)	28.5	25.0	9.3	20.0	55.0	.212	.001
Años de estudio	14.1	16.0	3.1	6.0	17.0	.390	.001
No. de copas-basal	7.9	6.0	4.3	1.0	20.0	.207	.001
No. de copas-final	3.7	4.0	2.2	0	8.0	.136	.068
Alcohol en Sangre-basal	.085	.077	.067	.001	.321	.260	.001
Alcohol en Sangre-final	.021	.008	.033	0	.181	.260	.001
Edad de inicio de consumo	16.5	16.0	3.2	7.0	26.0	.531	.022
TA Sistólica-basal	109.9	110.0	13.1	85.0	130.0	.138	.060
TA Diastólica-basal	71.2	70.0	7.6	60.0	90.0	.266	.001
SCQ Total-basal	190.7	189.0	22.9	117.0	234.0	.080	.200
SCQ Total-final	207.3	217.0	29.1	100.0	234.0	.180	.003
SCQ Intrapersonal-basal	131.6	131.0	19.7	72.0	168.0	.082	.200
SCQ Intrapersonal-final	146.7	153.0	20.8	76.0	168.0	.163	.010
SCQ Interpersonal-basal	59.1	59.0	4.8	45.0	66.0	.087	.200
SCQ Interpersonal-final	60.6	63.0	9.1	24.0	66.0	.277	.001
ADCQ Costos-basal	22.1	19.0	11.1	6.0	52.0	.146	.036
ADCQ Costos-final	23.7	21.0	12.3	1.0	60.0	.196	.001
ADCQ Beneficios-basal	56.5	62.0	14.9	20.0	75.0	.180	.003
ADCQ Beneficios-final	61.2	65.0	13.1	20.0	75.0	.202	.001
PSS-basal	25.5	25.0	8.2	5.0	41.0	.103	.200
PSS-final	23.5	25.0	7.7	5.0	37.0	.128	.109

Nota: n= Total de la muestra, SCQ = Cuestionario de Confianza Situacional, ADCQ= Cuestionario sobre las Consecuencia del Alcohol y Drogas, PSS =Escala de Estrés Percibido, TA= Tensión Arterial,

\bar{X} = Media, Mdn= Mediana, DE= Desviación Estándar, D^a =Prueba de Normalidad,

p=Valor de p

En la tabla 12 se presenta los resultados de la Prueba de Komogorov-Smirnov con Corrección de Lilliefors. Se observa que los participantes tenían en promedio 28.5 años de edad ($DE= 9.3$), un promedio de años de estudios de 14.1 ($DE= 3.1$), una media de copas de alcohol consumidas de 7.9 ($DE=4.3$), en promedio iniciaron a consumir al alcohol a los 16.5 años ($DE= 3.2$). La puntuación media del cuestionario de confianza situacional (basal) es de 190.7 ($DE= 22.9$), en promedio la puntuación el cuestionario sobre las consecuencias del alcohol en la dimensión costos (basal) fue de 22.1 ($DE= 11.1$), y en la dimensión beneficios (basal) una puntuación media de 56.5 ($DE= 14.9$), la escala de estrés percibido (basal) presentó un promedio de 25.5 ($DE= 8.2$).

La prueba de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de Lilliefors indica que la distribución de los datos no presenta normalidad ($p < .05$), por lo que se decidió utilizar pruebas no paramétricas.

Para contrastar la hipótesis 1) Las expectativas de autoeficacia y las expectativas resultado se incrementaran al término de la intervención breve, e hipótesis 2) Los puntajes de percepción de estrés y la presión arterial serán menores al término de la intervención breve. Se presentan las tablas 13 a 14 y las figuras 6 y 7.

Tabla 13

Prueba de Wilcoxon para las variables psicosociales

Variables (<i>n</i> =40)	\bar{X}	<i>DE</i>	<i>Z</i>	Valor de <i>p</i>
Expectativas de Autoeficacia total (SCQ)				
Basal	191.7	23.4	-3.6	.001
Final	207.9	29.0		
Expectativas de Autoeficacia Intrapersonal (SCQ)				
Basal	132.4	20.2	-3.9	.001
Final	147.2	20.8		
Expectativas de Autoeficacia Interpersonal (SCQ)				
Basal	59.2	4.9	-3.0	.002
Final	60.7	9.0		
Expectativas de Resultados Costos (ADCQ)				
Basal	22.5	11.2	-0.8	.386
Final	24.0	12.3		
Expectativas de Resultados Beneficios (ADCQ)				
Basal	56.6	14.7	-2.4	.016
Final	61.1	12.9		
Percepción de Estrés (PSS)				
Basal	25.9	8.4	-2.2	.027
Final	23.8	7.9		

Nota: *n*= Total de la muestra, SCQ = Cuestionario de Confianza Situacional, ADCQ= Cuestionario sobre las Consecuencia del Alcohol y Drogas, PSS =Escala de Estrés Percibido, \bar{X} = Media, *DE* = Desviación estándar, *Z* = Estadístico de Prueba de Wilcoxon

En la tabla 13 se reporta la prueba de Wilcoxon para conocer las diferencias en las variables psicosociales entre la medición basal y final, se observa que existen diferencias significativas en las expectativas de autoeficacia total ($Z = -3.6$, $p = .001$), las

expectativas de autoeficacia intrapersonal ($Z = -3.9, p = .001$), las expectativas de autoeficacia interpersonal ($Z = -3.0, p = .002$), las expectativas de resultados beneficios ($Z = -2.4, p = .016$), y la percepción de estrés ($Z = -2.2, p = .027$). Como se observa los valores variaron al final de la intervención, por lo anterior se aceptan las hipótesis uno y dos de investigación.

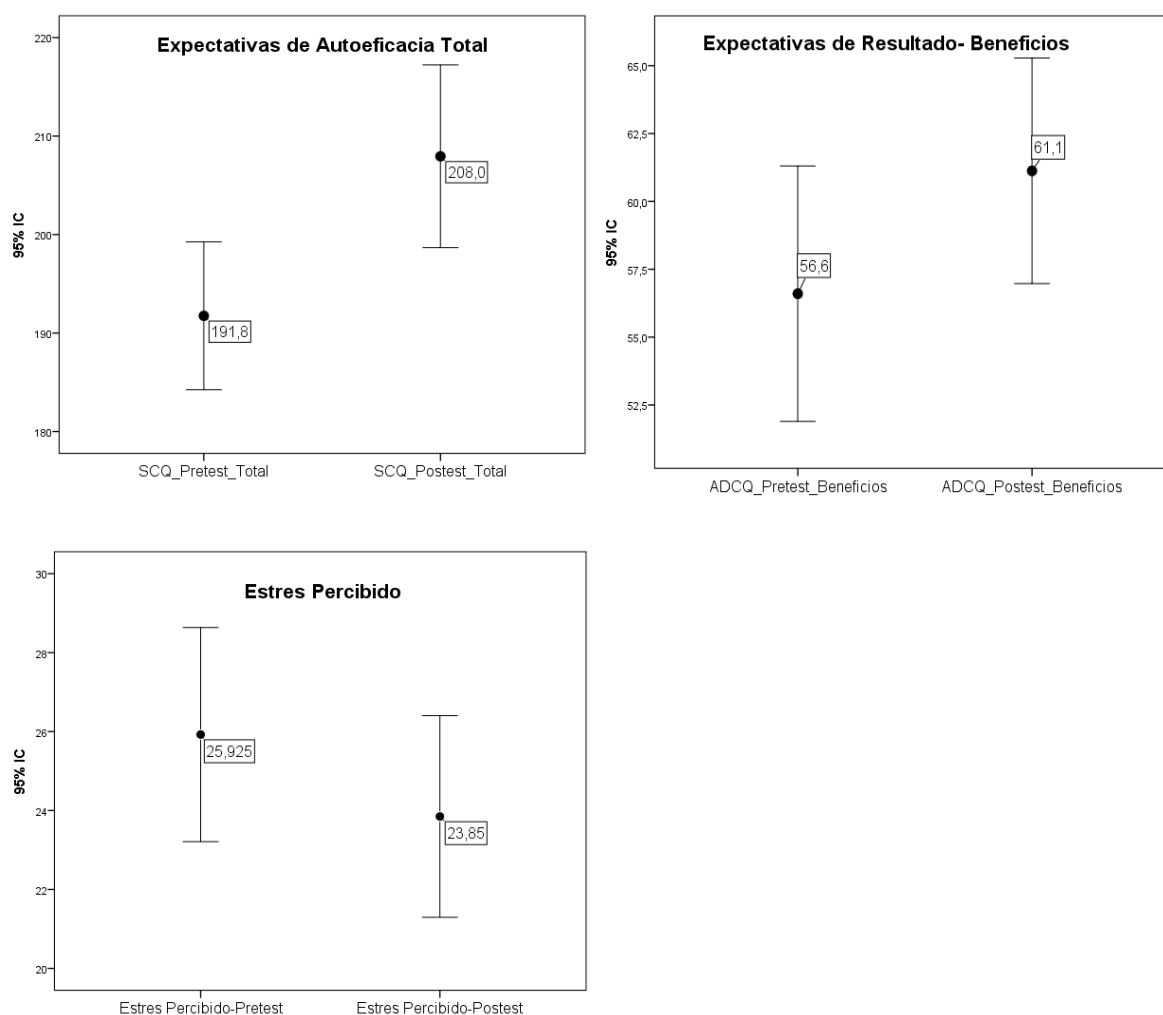


Figura 6. Promedio de puntuaciones de las variables psicosociales

Nota: SCQ = Cuestionario de Confianza Situacional, ADCQ= Cuestionario sobre las Consecuencia del Alcohol y Drogas

En la figura 6 se muestran los promedios de las puntuaciones de las variables psicológicas, se observa un aumento de las expectativas de autoeficacia entre la

medición basal ($\bar{X}=191.8$, $DE= 23.4$) y medición final ($\bar{X}=208.0$, $DE= 29.0$); un aumento de las expectativas de resultado beneficios entre la medición basal ($\bar{X}=56.6$, $DE= 14.7$) y la medición final ($\bar{X}=61.1$, $DE= 12.9$). Así como una reducción de la percepción de estrés entre la medición basal ($\bar{X}=25.9$, $DE=8.4$) y la medición final ($\bar{X}=23.8$, $DE=7.9$).

Tabla 14

Prueba de Wilcoxon para la presión arterial

Variables (n=40)	\bar{X}	DE	Z	Valor de p
Presión arterial sistólica (mm/Hg)				
Basal	114.0	17.3	-2.3	.021
Final	109.6	13.0		
Presión arterial diastólica (mm/Hg)				
Basal	74.8	9.3	-2.6	.007
Final	71.2	7.5		

Nota: n= Total de la muestra, \bar{X} = Media, DE = Desviación estándar, Z = Estadístico de Prueba de Wilcoxon

En la tabla 14 se presenta la prueba de Wilcoxon para conocer las diferencias en la presión arterial entre la medición basal y final, se observa que existen diferencias significativas en la tensión arterial sistólica ($Z= -2.3$, $p = .021$), la tensión arterial diastólica ($Z = -2.6$, $p = .007$).

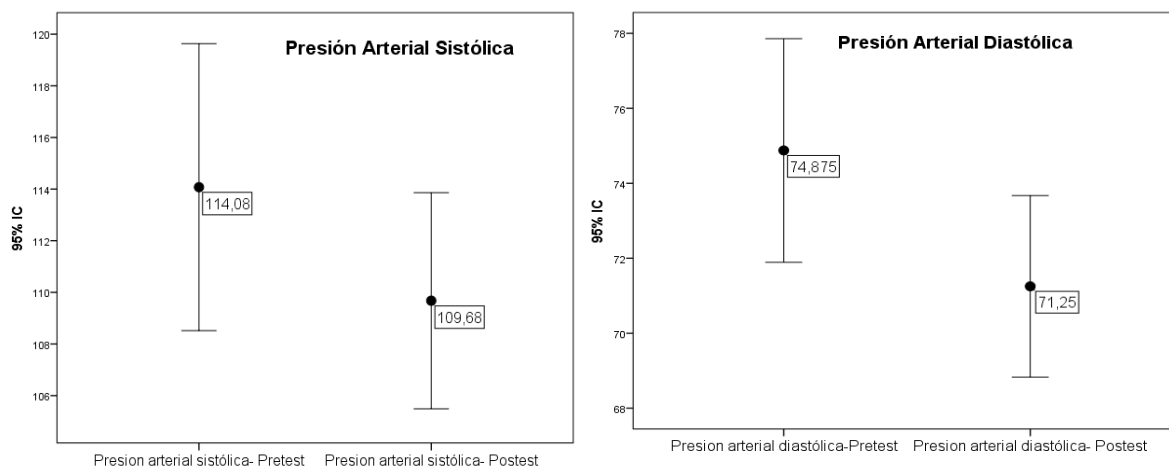


Figura 7. Promedio de puntuaciones de la presión arterial

En la figura 7 se muestran los promedios de las puntuaciones de la presión arterial, se observa una reducción de la presión arterial sistólica entre la medición inicial ($\bar{X}=114.0$, $DE=17.3$) y la medición final ($\bar{X}=109.6$, $DE=13.0$), así como una reducción de la presión arterial diastólica entre la medición inicial ($\bar{X}=74.8$, $DE=9.3$).

Para contrastar la hipótesis tres que planteó que el número de bebidas alcohólicas consumidas en un día típico y el nivel de concentración de alcohol en sangre se reducirán al término de la intervención breve, se muestra la tabla 15 y la figura 8.

Tabla 15

Prueba de Wilcoxon para las variables de consumo de alcohol

Variables (<i>n</i> =40)	\bar{X}	<i>DE</i>	<i>Z</i>	Valor de <i>p</i>
Número de bebidas alcohólicas				
Basal	7.7	4.4	-5.2	.001
Final	3.6	2.2		
Nivel de alcohol en sangre (g/100 ml)				
Basal	.083	.068	-5.3	.001
Final	.020	.033		

Nota n =Total de la muestra, \bar{X} = Media, DE = Desviación estándar, Z = Estadístico de Prueba de Wilcoxon

En la tabla 15 se presenta la prueba de Wilcoxon para conocer las diferencias en variables de consumo de alcohol entre la medición basal y final, se observa que existen diferencias significativas en el número de bebidas alcohólicas consumidas ($Z= -5.2$, $p = .001$) y el nivel de alcohol en sangre ($Z = -5.3$, $p = .001$), por lo anterior se acepta la tercera hipótesis de investigación.

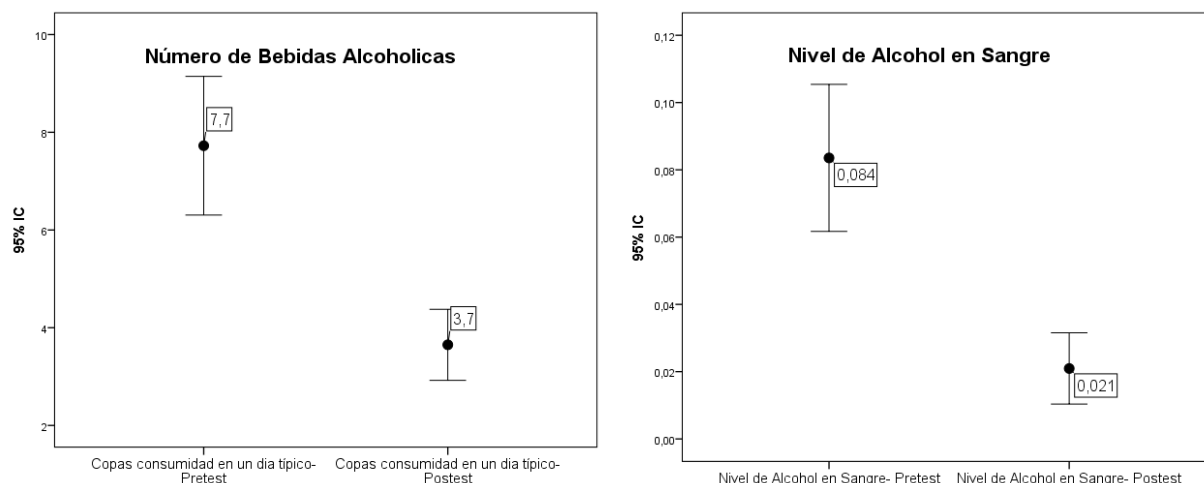


Figura 8. Promedio de puntuaciones de las variables de consumo de alcohol

En la figura 8 se presentan las puntuaciones de las variables del consumo de alcohol, el número de bebidas alcohólicas consumidas en un día típico se redujo entre la medición inicial ($\bar{X}=7.7$, $DE=4.4$) y la medición final ($\bar{X}=3.7$, $DE=2.2$), así como una reducción del nivel de alcohol en sangre (g/100 ml) entre la medición inicial ($\bar{X}=0.08$, $DE=0.06$) y la medición final ($\bar{X}=0.021$, $DE=0.03$).

Para dar respuesta al objetivo cinco que refiere determinar la relación entre la autoeficacia, la percepción de estrés, el consumo de alcohol y las características personales de los trabajadores post intervención, se presenta la tabla 16.

Tabla 16

Correlación de Spearman de las variables principales del estudio en el posttest

Variables (n=40)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Autoeficacia Total (SCQ)	1									
2. Autoeficacia-Intrapersonal (SCQ)	.995** (.001)	1								
3. Autoeficacia-Interpersonal (SCQ)	.912** (.001)	.889** (.001)	1							
4. Expectativa de resultados Beneficios (ADCQ)	.372* (.018)	.358* (.023)	.372* (.018)	1						
5. Percepción de estrés (PSS)	-.520** (.001)	-.527** (.001)	-.497** (.001)	-.236 (.143)	1					
6. Número de Copas Consumidas en un día típico	-.553** (.001)	-.564** (.001)	-.530** (.001)	-.391* (.013)	.105 (.520)	1				
7. Nivel de Alcohol en Sangre- Postest	-.419** (.007)	-.425** (.006)	-.332* (.037)	-.179 (.270)	.045 (.785)	.802** (.001)	1			
8. TA Sistólica- Postest	-.284 (.076)	-.274 (.087)	-.323* (.042)	-.578** (.001)	-.115 (.479)	.382* (.015)	.044 (.789)	1		
9. TA Diastólica- Postest	.099 (.542)	.117 (.472)	.001 (.995)	-.318* (.045)	-.259 (.107)	.153 (.345)	-.066 (.687)	.470** (.002)	1	
10. Edad Consumo de Primera Bebida Alcohólica- Postest	.392* (.012)	.392* (.012)	-.054 (.107)	-.054 (.740)	-.308 (.053)	-.119 (.357)	-.284 (.076)	.224 (.116)	.334* (.035)	1

Nota: n = Total de la muestra muestra, SCQ = Cuestionario de Confianza Situacional, ADCQ= Cuestionario sobre las Consecuencia del Alcohol y Drogas, PSS =Escala de Estrés Percibido, TA= Presión arterial, * $p < .05$. ** $p < .01$

En la tabla 16 se muestra el Coeficiente de Correlación de Spearman para las variables principales del estudio en la medición final. Resalta que la autoeficacia total tiene una correlación positiva y significativa con la expectativa de resultado beneficios ($r_s = .372, p = .018$) y con la edad de consumo de la primera bebida alcohólica ($r_s = .392, p = .012$). Esto indica que los participantes que se perciben con una mayor autoeficacia para resistir consumir alcohol tenían expectativas más altas de obtener beneficios al reducir su consumo de alcohol. De igual manera aquellos con mayor autoeficacia son los que iniciaron a consumir alcohol a una edad mayor.

En la tabla 16 también se observa un Coeficiente de Correlación negativo estadísticamente significativo de la autoeficacia total con la percepción de estrés ($r_s = -.520, p = .001$), con el número de copas consumidas en un día típico ($r_s = -.553, p = .001$) y con el nivel de alcohol en sangre ($r_s = -.419, p = .007$). Esto significa que los participantes con mayor autoeficacia para resistir consumir alcohol perciben menor estrés, consumen menos alcohol y tienen un menor nivel de alcohol en sangre. Las expectativas de resultado beneficios reportan una correlación negativa y significativa con el número de copas consumidas en un día típico ($r_s = -.391, p = .013$), que indica que las personas que tienen mayor expectativas de obtener resultados benéficos al reducir el consumo de alcohol ingieren menor número de copas en un día típico. Así mismo se observó un Coeficiente Correlación positivo y significativo del número de copas consumidas en un día típico con la tensión arterial sistólica ($r_s = .382, p = .015$), de esta forma se responde al quinto objetivo.

Tabla 17

Correlación de Spearman del SCQ con el número de copas de alcohol

Cuestionario de Confianza Situacional- SCQ (n=40)	No. Copas en un día típico	
	r_s	p
2. Si hubo peleas en casa.	-.312*	.050
6. Si me siento seguro y relajado.	-.330*	.038
7. Si salí con amigos y ellos deciden consumir alcohol.	-.404**	.010
10. Si yo creo que consumiendo alcohol voy ser otra persona	-.433**	.005
13. Si me siento mal físicamente y consumiendo alcohol creo que voy a sentirme alerta.	-.419**	.007
14. Si tuve problemas con mis compañeros del trabajo o amigos.	-.435**	.005
16. Si todo va saliendo bien.	-.562**	.001
17. Si estoy en una fiesta y otras personas están ingiriendo alcohol.	-.463**	.003
18. Si quiero celebrar con un amigo.	-.566**	.001
19. Si paso por la esquina donde se reúnen a tomar alcohol.	-.443**	.004
21. Si me siento enojado porque todo me sale mal.	-.453**	.003
22. Si otras personas me tratan injustamente.	-.541**	.001
26. Si me siento satisfecho con algo que yo realice.	-.398*	.011
27. Si estoy a gusto con un amigo y me quiero sentir mejor.	-.581**	.001
28. Si voy a una reunión y las personas que van conmigo piden una bebida que contiene alcohol.	-.569**	.001
29. Si me encuentro de repente con alguien y me invita a tomar.	-.604**	.001
30. Si yo comienzo a pensar que solo un trago de bebida que contiene alcohol no causa problemas.	-.320*	.044
31. Si me siento confundido acerca de lo que debo hacer.	-.385*	.014
32. Si me siento con muchas presiones familiares.	-.446**	.004
34. Si no me llevo bien con mis compañeros del trabajo.	-.562**	.001
35. Si las personas a mí alrededor me hacen sentir tenso.	-.513**	.001
36. Si salí con amigos y quiero disfrutar más.	-.625**	.001
37. Si conozco a un amigo que me sugiere tomar un trago.	-.428**	.006
39. Si yo quiero probarme a mí mismo que puedo tomar varios tragos y no emborracharme.	-.383*	.015

Nota: n= Total de la muestra, SCQ = Cuestionario de Confianza Situacional, * $p < .05$, ** $p < .01$

En la tabla 17 se presentan las correlaciones de las variables individuales del cuestionario de confianza situación con el número de copas de alcohol consumidas en un día típico, se muestran solo las correlaciones estadísticamente significativas. Resaltan correlaciones negativas altas en los ítems 16, 18, 22, 27, 28, 29, 34, 35 y 36; esto indica que los trabajadores que reportan una mayor autoeficacia para resistir consumir alcohol en estas situaciones son aquellos que refirieron consumir un menor número de copas en un día típico en la medición final.

Tabla 18

Correlación de Spearman del ADCQ con el número de copas de alcohol

Cuestionario Sobre las Consecuencias del Alcohol y las Drogas ($n=40$)	No. Copas en un día típico	
	r_s	p
11. Recuperaré el respeto hacia mí mismo	-.501**	.001
13. Tendré una mejor relación con mi familia	-.479**	.002
20. Tendré más control de mi vida	-.418**	.007
25. Tendré una mejor relación con mis amigos	-.340*	.032

Nota: n = Total de la muestra, ASCQ = Cuestionario Sobre las Consecuencias del Alcohol y las Drogas,

* $p < .05$, ** $p < .01$

En la tabla 18 se presentan las correlaciones de las variables individuales del cuestionario sobre las consecuencias del alcohol y las drogas con el número de copas de alcohol consumidas en un día típico, se muestran solo las correlaciones estadísticamente significativas. Se observan correlaciones positivas en los ítems 11, 13, 20 y 25. Esto indica que los trabajadores que esperan resultados benéficos al reducir su consumo de alcohol (recuperar el respeto hacia sí mismo, tener mejor relaciones familiares, etc.) son aquellos que refirieron consumir un menor número de copas en un día típico en la medición final.

Capítulo IV

Discusión

En el presente estudio fue factible la aplicación empírica de los conceptos teóricos de expectativas de autoeficacia, expectativas de resultados, la percepción de estrés y consumo de alcohol. Estos conceptos fueron la base para el diseño, aplicación y evaluación de la intervención breve de enfermería aplicada en 40 trabajadores de la industria metalúrgica y de los alimentos del estado Nuevo León.

El primer objetivo planteó explorar la viabilidad de reclutar y retener a los participantes en una intervención breve de enfermería para reducir el consumo de alcohol en trabajadores. Se observó que de las empresas que fueron invitadas a participar en el estudio, solo 14.2% aceptó participar. Llama la atención que una baja proporción de industrias aceptó que se llevara a cabo el reclutamiento de participantes, señalando algunas no tener interés en que sus trabajadores fueran parte de la intervención. Dentro de las razones que manifestaron para negar su participación fue, que los directivos no otorgaron su autorización por falta de interés en que los trabajadores reduzcan el consumo de alcohol, que su participación no produciría ningún tipo de beneficio económico para la empresa, o incluso podría interferir con la productividad de la empresa. Lo anterior muestra el escaso interés de las empresas por las necesidades de salud de los empleados, que en un futuro podría tener consecuencias para el empleado y su familia.

Además, a largo plazo podría producir resultados negativos para la propia empresa como ausentismo laboral, gastos por enfermedades asociadas al consumo de alcohol, baja productividad y en última instancia el despido del trabajador (Institute of Alcohol Studies, 2014; Secretaría de Salud, 2011). Tampoco estas empresas cumplen con la Norma Oficial Mexicana NOM-030-STPS-2009, que establece que se deben incorporar a los programas de salud de todas las empresas con acciones preventivas y

correctivas de las adicciones a las drogas (Secretaría del Trabajo y Previsión Social, 2009). Debido a ello la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (2010) desarrolló una guía para la prevención de adicciones en los centro de trabajo, en la que recomienda que las instituciones laborales deben invertir en la prevención, detección y tratamiento de las adicciones a las drogas; esta atención debe ser universal, equitativa, de calidad y con bases científicas, con la finalidad de contribuir de manera colectiva a la prevención de las adicciones de los trabajadores.

Prosiguiendo con el primer objetivo se encontró que del total de trabajadores que respondieron el cuestionario AUDIT 19.7% cumplió con los criterios de inclusión, de estos el 65.7% aceptaron participar. Esto difiere de lo reportado en un estudio de factibilidad para reducir el consumo de alcohol realizado por Watson et al. (2015) en trabajadores del Reino Unido, donde el 26% de los encuestados cumplieron con los criterios de inclusión y el 34.9% aceptó participar. Otro estudio desarrollado por Crombie et al. (2017) en el que evaluó la factibilidad de una intervención en hombres con consumo excesivo de alcohol, refiere que el 54% de los que cumplieron los criterios de inclusión aceptaron formar parte de la intervención.

Estas diferencias podrían atribuirse a la estrategia de reclutamiento utilizada, dado que en el estudio de Watson et al. (2015) se menciona que a los trabajadores que cumplieron con los criterios de inclusión se les envió una carta de invitación para formar parte del estudio. En el estudio de Crombie et al. (2017) se realizó una llamada telefónica para ofrecer la invitación. No obstante, en el presente estudio se llevó a cabo una cita individualizada con aquellos que cumplieron los criterios de inclusión, lo que permitió explicar el objetivo del estudio cara a cara, resolver dudas respecto a la intervención, así como comparar sus puntuaciones del AUDIT con los estándares nacionales de consumo de alcohol. Esto indica que el contacto cara a cara con los trabajadores o en su caso mediante llamada telefónica, podría favorecer en un mayor porcentaje la aceptación para ingresar a las intervenciones.

Respecto a la retención de participantes se encontró que el 83.3% de los individuos concluyó la intervención. Estos datos son similares a lo reportado en algunos estudios previos de intervención realizados en trabajadores que desean reducir el consumo de alcohol, con porcentajes que oscilan del 52% al 85% (Hermansson et al., 2010; Ito et al., 2015; Signor et al., 2013). El porcentaje de retención en el presente estudio podría explicarse por la estrategia de intervención utilizada ya que cada semana se realizaba una llamada telefónica al participante para recordar la próxima cita, para atender y resolver dudas y mantener la motivación para continuar su participación.

Otro aspecto que debe mencionarse es el rechazo a participar en la intervención, el 34.2% de aquellos que cumplieron con los criterios de inclusión rechazaron ingresar a la intervención; dentro de las principales razones que se informaron fue el creer que no tienen problemas con su forma de consumo de alcohol y no estar interesado en reducir su consumo. La literatura refiere que el consumo de alcohol es social y culturalmente aceptable, debido a que está presente en reuniones formales de la mayoría de grupos culturales, en todos los estratos sociales y los diversos grupos de edad (Díez, 2003).

Además el consumo de esta droga legal se asocia con el disfrute del tiempo libre, el descanso de las obligaciones laborales, y se considera un mecanismo de identificación con los pares y un medio de socialización entre amigos, compañeros de trabajo y familiares. Esto ocasiona que el alcohol se envuelva en un marco de normalidad y aceptación social que dificulta a las personas reconocer cuando tienen un problema con su forma de consumir alcohol; además existe una idea estigmatizante de que tener problemas con el consumo es equivalente a “persona alcohólica” y esto se visualiza como personas indigentes que se dedican solo al consumo y las personas entonces no se reconocen de esta forma, por lo que no aceptan participar en intervenciones encaminadas a reducir el consumo (García, 2014; Vázquez & Castro, 2009).

El segundo objetivo planteó explorar la viabilidad de la entrega de una intervención breve de enfermería para reducir el consumo de alcohol en trabajadores. Se

observó que el 97.5% de las ocasiones se realizó la entrega de la intervención el día y hora establecida y se cumplieron con las actividades programadas para la sesión. En el 32.7% de los participantes se llevó a cabo reprogramación de la cita. No se identificaron estudios en los que se reportara la factibilidad de entrega de la intervención para reducir el consumo de alcohol, sin embargo es posible discutir los resultados a la luz de las observaciones realizadas por los facilitadores. La entrega en el horario establecido se debe principalmente a la coordinación y la comunicación interpersonal efectiva que se dio a lo largo del estudio entre el facilitador, el participante y los profesionales de salud de las empresas; el realizar llamadas telefónicas dos días antes de la siguiente sesión permitió programar o reprogramar la cita con los participantes, orientar sobre la intervención y mantener la motivación hacia la meta establecida.

Además el facilitador se comunicaba con los profesionales de la salud de las empresas (enfermero o médico) para informar del horario de la sesión y para programar el área donde se entregaba la intervención. En todos los casos se procuró que la entrega de la intervención se llevara a cabo fuera del horario de trabajo o cuando tenían alguna actividad que no involucrara la pérdida en la producción de la empresa. Se ha observado en los estudios que hacen uso del seguimiento telefónico para reducir el consumo de alcohol en adultos incrementa el éxito de las intervenciones (Gates & Albertella, 2015; Signor et al., 2013).

Respecto al cumplimiento de las actividades programadas por sesión podría explicarse al uso del manual del participante y el manual del facilitador en los que se establecieron las actividades específicas por sesión, la información que el facilitador debía otorgar y el tiempo establecido para cada actividad, esto permitió estandarizar entrega, así mismo el participante tenía el compromiso de llevar el seguimiento de consumo de alcohol mediante el LIBARE (Sobell & Sobell, 1993), el realizar actividades en el hogar y monitorear el cumplimiento de la meta establecida. La reprogramación de citas en la tercera parte de los trabajadores, se debió principalmente a

factores que estaban fuera de control tanto del facilitador como del propio trabajador, como los cambios de turno, el doblar turno, exceso de trabajo, falta de personal en la empresa.

La observancia o cumplimiento con la intervención puede definirse como la medida en que el paciente asume el compromiso y cumple con los consejos y orientaciones brindadas por el personal de salud o como en este caso el profesional de enfermería, tanto desde el punto de vista de los hábitos o estilo de vida recomendado por el facilitador de la intervención. El compromiso y los consejos son llevados a cabo después de tomar una decisión completamente razonada por parte del paciente, donde se fija como en esta intervención la meta personal de forma autónoma y responsable, comprometiéndose al logro de la meta; con ello se abandonan las connotaciones de sumisión que este término implicaba para el paciente (Márquez et al., 2004).

El tercer objetivo planteó evaluar los componentes de la intervención breve de enfermería para reducir el consumo de alcohol desde la perspectiva los participantes. Se observó que la mayoría (> 80%) consideró muy útil el contenido del programa, los consejos ofrecidos por los facilitadores, las llamadas telefónicas entre una sesión y otra, las actividades realizadas en las sesiones, así como la aplicación de reflexología facial. Esto es similar a los reportado por Watson et al. (2015), quienes describen que la mayoría de los participantes de una intervención para reducir el consumo de alcohol refirieron que el contenido de la intervención y la forma en que se hizo la entrega fueron adecuadas. Cabe señalar que los contenidos del estudio mencionado fueron basados en los elementos de FRAMES y la teoría de Autoeficacia de Bandura, tal como ocurrió en el presente estudio. Otros aspectos similares entre ambos estudios es que la entrega se realizó en el lugar de trabajo, por un enfermero profesional y con el apoyo de un manual para el participante. Por lo que los resultados similares entre ambos estudios podrían deberse a que se utiliza la misma base teórica y la estrategia de entrega de la intervención.

El cuarto objetivo propuesto fue explorar la satisfacción de una intervención breve de enfermería para reducir el consumo de alcohol desde la perspectiva de los participantes. El 90% de los trabajadores refirieron sentirse satisfechos y muy satisfechos con la forma en que fueron invitados a participar en la intervención, con el trato recibido por los facilitadores, con el número de sesiones, con la duración de las sesiones, y con los resultados obtenidos del tratamiento. Esto es similar a lo reportado por Agrelo, Sgró y Ojeda (2016) quienes evaluaron la satisfacción de un programa ambulatorio en adicciones, donde el 100% de los participantes consideró sentirse satisfecho o muy satisfecho con el trato recibido por el profesional de salud, con la duración de las sesiones, y con los resultados obtenidos del tratamiento.

Es importante mencionar que la satisfacción con la intervención puede aumentar la adherencia al mismo, además tiene relación con los resultados clínicos. Por ello la relación facilitador- participante, el nivel de información obtenida, la accesibilidad, el costo, y los resultados obtenidos son factores determinantes de la satisfacción (Villar, Lizán, Soto, & Peiro, 2009).

En el presente estudio se plantearon tres hipótesis, la primera propuso que las expectativas de autoeficacia y las expectativas resultado se incrementarían al término de la intervención breve. Se encontró que las expectativas de autoeficacia (total), las autoeficacia intrapersonal y autoeficacia interpersonal para resistir la tentación de consumir alcohol aumentaron al final de la intervención, con diferencias estadísticamente significativas ($p < .01$) en las tres variables. Eso indica que posterior a la intervención los trabajadores percibieron que tenían una mayor capacidad para resistir la tentación de consumir alcohol, tanto por situaciones intrapersonales que son aquellas de origen psicológico o físico (estar deprimido, gusto por el sabor de la cerveza), así como ante situaciones interpersonales cuya naturaleza es la influencia de otras personas o del contexto (presión de compañeros para consumir alcohol, problemas en el trabajo).

Lo anterior concuerda con una revisión realizada por Kadden y Litt (2011) en el que se reporta que posterior a la intervención se observan cambios significativos en las expectativas de autoeficacia para resistir la tentación del consumo de sustancias adictivas. Donde las actividades específicas realizadas durante la intervención promovieron cambios en la autoeficacia, tal como la participación activa en la fijación de metas, el desarrollo de habilidades de comunicación y la asignación de ejercicios prácticos.

Los hallazgos del presente estudio confirman lo propuesto por la teoría de autoeficacia de Bandura (1977), que postula que las fuentes de información (persuasión verbal, modelado de roles y retroalimentación fisiológica) son elementos que coadyuvan a incrementar o reforzar las expectativas de autoeficacia. Cabe resaltar que en este estudio la persuasión verbal es equivalente al consejo breve, debido a que en este se ofrece información a los participantes respecto a los tipos de consumo de alcohol, de las consecuencias del consumo excesivo, se proporcionan estrategias orientadas a reducir el consumo de alcohol y se fortalece la motivación para el logro de su meta.

Mientras que la reflexología facial es equivalente a la retroalimentación fisiológica, ya que por medio de esta se busca reducir el estrés de los trabajadores. Algunos autores refieren que las intervenciones de enfermería que incluyen terapias complementarias (como la reflexología facial) son útiles para alterar la interpretación de la retroalimentación fisiológica; es decir al gestionar las sensaciones físicas y emocionales producidas por el estrés, así los participantes pueden juzgar de una forma más positiva su capacidad (autoeficacia) para hacer cambios en sus conductas de salud (Chao et al., 2013; Ha et al., 2014; Resnick, 2014). Por lo que el aumento de las expectativas de autoeficacia intrapersonal e interpersonal en este estudio podría deberse a la integración de las fuentes de información como parte del programa de intervención.

Continuando con la primera hipótesis, se observó un incremento en las expectativas de resultados (beneficios), con diferencias significativas ($p < .05$). Esto

indica que al término de la intervención los trabajadores percibieron mayores beneficios de reducir el consumo de alcohol (tener más dinero, mejorar la salud, estar más activo, sentirse mejor consigo mismo). Esto es congruente con un estudio realizado por Flora y Stalika (2012) en personas con abuso de diversas drogas en Grecia, reportan que los factores que contribuye en el tratamiento son: las expectativas del participante sobre los resultados de la intervención y la respectiva satisfacción con los resultados durante y al final de la intervención. Estos autores refieren que las expectativas de resultado sobre el tratamiento aumentan a través de la persuasión verbal que incluye la educación para la salud. Por ello se comprueba lo planteado en la teoría de autoeficacia de Bandura (1977), donde las fuentes de información influyen en el aumento de las expectativas de autoeficacia y al mismo tiempo incrementan las expectativas de resultados.

La segunda hipótesis determinó que los puntajes de percepción de estrés y la tensión arterial serían menores al término de la intervención breve. Se encontró que las puntuaciones de la percepción de estrés se redujeron al final de la intervención, con diferencias significativas ($p < .05$), así mismo se presentó reducción significativa de tensión arterial sistólica ($p < .05$) y tensión arterial diastólica ($p < .01$). Una revisión sistemática realizada por Song et al. (2015) reporta datos similares, donde se identificó que posterior a la aplicación de reflexología todos los estudios reportan una reducción de la percepción de estrés en individuos sanos.

En relación a la tensión arterial una revisión sistemática desarrollada por McCullough et al. (2014) reporta una reducción significativa en la tensión arterial sistólica y diastólica en personas que recibieron reflexología. Otra revisión sistemática reporta resultados similares y fue realizada por Embong et al. (2015) donde encontraron que la mayoría de los estudios analizados reportaron una reducción significativa de la tensión arterial sistólica y diastólica tras aplicar reflexología. La teoría del impulso nervioso sugiere que los beneficios de la reflexología pueden ser provocados por la modulación sistema nervioso autónomo, encargado de regular los sistemas corporales

que se encuentra bajo control inconsciente, como la respiración y la tensión arterial; por lo que la reflexología ayuda a mantener la homeostasis de la tensión arterial al crear cambios en el flujo sanguíneo. Además propone que la reflexología estimula la liberación de endorfinas y de esta manera contribuye a aumentar la sensación de bienestar y relajación (Hughes et al., 2011; McCullough et al., 2014).

La tercera hipótesis plantea que el número de bebidas alcohólicas consumidas en un día típico y el nivel de concentración de alcohol en sangre se reducirán al término de la intervención breve. Se encontró que el número de bebidas alcohólicas se redujo significativamente ($p < .01$) posterior a la intervención, así mismo el nivel de alcohol en sangre ($p < .01$). Estos datos coinciden con lo reportado en una revisión sistemática realizada por Reyes, Alonso, Da Silva, Benavides y Armendáriz (2017) donde se evaluaron las características de la implementación de las intervenciones breves realizadas en trabajadores, reportan que la mayoría de los estudios revisados informaron una reducción del número de copas consumidas por ocasión.

Otra revisión sistemática desarrollada por Schulte et al. (2014) en el que examinaron la literatura existente de intervenciones breves realizadas en el lugar de trabajo, donde reportan que ocho de nueve estudios incluidos observaron una reducción significativa del número de copas consumida posterior a recibir la intervención breve. Estos resultados coincide con diversos ensayos clínicos en los que se evaluó la efectividad de intervenciones para reducir el consumo de alcohol en trabajadores del Reino Unido, Suecia, Irlanda, Francia y Japón, se reporta una reducción significativa del consumo de alcohol en el grupo intervención (Doumas et al., 2008; Hermansson et al., 2010; Ito et al., 2015; McCarthy & O'Sullivan, 2010; Michaud et al., 2013).

En relación a lo anterior Marlatt et al. (1999) refieren que la teoría de autoeficacia de Bandura es útil para estructurar el tratamiento de conductas adictivas; en primer lugar la teoría de autoeficacia se dirige al desarrollo de un tratamiento que mejora la eficacia personal y de esta forma conduce a mejores resultados, esto es posible

mediante la aplicación de las fuentes de información (modelado de roles, la persuasión verbal y retroalimentación fisiológica). En segundo lugar la teoría es utilizada para evaluar las circunstancias que conllevan a los altos riesgos de consumo en determinados individuos, por lo que estas fuentes de información se dirigen para lograr la adaptación del tratamiento a diversos contextos y se definen las estrategias específicas para reducir el uso de la sustancia adictiva.

Por tanto, los resultados de la reducción del consumo de alcohol en el presente estudio podrían explicarse por la aplicación de la teoría de autoeficacia y en específico de las fuentes de información dirigidas a aumentar la autoeficacia para resistir la tentación de consumir alcohol; además del uso de estrategias personalizadas de acuerdo a las necesidades del participante. Otro aspecto relevante de esta intervención breve fue el considerar lo planteado por el NIDA (2010) que recomienda que los programas e intervenciones dirigidas a reducir el consumo de drogas sean multicomponente por ello se utilizaron la entrevista y consejería motivacional, el seguimiento telefónico, el uso de materiales educativos de autoayuda y la retroalimentación, además de una terapéutica complementaria como la reflexología, lo que potencializa el efecto y se obtuvieron mejores resultados (NIDA, 2010; OPS, 2011).

El quinto objetivo propuesto fue determinar la relación entre la autoeficacia, la percepción de estrés, el consumo de alcohol y las características personales de los trabajadores post intervención. Se observó una correlación positiva y significativa entre las expectativas de autoeficacia con las expectativas de resultados beneficios ($p < .01$), que indica que aquellos trabajadores que tienen una mayor autoeficacia para resistir la tentación de consumir alcohol en diferentes situaciones tienen expectativas más altas de obtener resultados benéficos para reducir su consumo de alcohol.

Esto es similar a los hallazgos de Kussito et al. (2011) quienes reportan que a medida que la autoeficacia se incrementa también lo hacen las expectativas de resultados benéficos del tratamiento en personas con abuso de sustancias. Resultados similares

reporta Flora y Stalikas (2012) donde se observó una correlación positiva y significativa entre las expectativas de autoeficacia y las expectativas de resultados en personas con consumo de sustancias adictivas en Grecia. Lo que es congruente con lo planteado por Bandura (1977), quien refiere que las expectativas de resultado se basan en gran medida en las expectativas de autoeficacia, ya que aquellos individuos que se consideran con alta autoeficacia en el logro de un comportamiento determinado esperan resultados favorables por ese comportamiento.

De igual forma se identificó una correlación positiva y significativa entre las expectativas de autoeficacia (total) y la edad de inicio de consumo de alcohol ($p < .01$). Lo que indica que los participantes que comenzaron su consumo a mayor edad son los que tienen mayor capacidad de resistir la tentación de consumir esta sustancia. Hernández et al. (2009) reportan resultados similares, donde aquellos individuos que experimentaron precozmente el consumo de alcohol se asocian con patrones abusivos de alcohol. La OPS (2007) refiere que los individuos que comienzan a beber alcohol en la adolescencia tienen cuatro veces más probabilidades de desarrollar dependencia al alcohol que quienes esperan a la edad adulta para iniciar el consumo. Por su parte Bandura (1977) propone que los factores personales (edad de inicio de consumo) influyen en las expectativas de autoeficacia, lo cual explica en parte los resultados encontrados en esta investigación.

Se observó en este estudio una correlación negativa y significativa entre las expectativas de autoeficacia (total) y la percepción de estrés ($p < .001$). Es decir, aquellos trabajadores que experimentan una mayor capacidad para resistir la tentación de consumir alcohol perciben menor estrés. Esto es congruente con lo reportado por Tejedor y Mangas (2016), donde se identificó una correlación negativa y significativa entre la autoeficacia y el estrés laboral en trabajadores de una escuela primaria. Un estudio actual realizado por Makara, Golonka y Izydorczyk (2019) encontró una correlación negativa entre la autoeficacia y la percepción de estrés en bomberos de

Polonia, refieren que la autoeficacia es un recurso personal que amortigua el impacto de la percepción de estrés. Bandura (1997) explica que las personas con altos niveles de autoeficacia poseen confianza en sus habilidades para responder a los estímulos del medio. Por tanto a medida que un individuo posee control sobre los estresores, estos no tendrán efectos adversos para el mismo, es decir las personas con elevados niveles de autoeficacia tienden a interpretar las demandas y problemas más como retos que como amenazas.

Desde la experiencia del autor, algunos trabajadores expresaron durante la consejería su baja capacidad para rechazar el ofrecimiento de bebidas alcohólicas de parte de amigos o familiares. Ellos refirieron que no aceptar una bebida alcohólica sería interpretado como un rechazo a la amistad; lo que producía estrés en los participantes durante el encuentro con amigos o en reuniones familiares. Posterior a la intervención los trabajadores aprendieron a comunicarse de forma asertiva (explicar porque no querían consumir alcohol, afirmar la importancia de la amistad), lo que aumento su propia capacidad para rechazar el ofrecimiento de bebidas y al mismo tiempo se sentían más relajados al hacerlo.

Se encontró una correlación negativa y significativa entre las expectativas de autoeficacia (total) con el número de copas consumidos en un día típico ($p < .001$) y con el nivel de alcohol en sangre ($p < .01$). Cabe resaltar que las variables del cuestionario de confianza situacional que mostraron una alta correlación con el número de copas consumidas en un día típico, son aquellas de origen interpersonal, como: estar seguro de resistir consumir alcohol si quiero festejar con un amigo, si voy a una reunión y las personas que me acompañan piden una bebida que contiene alcohol, si me encuentro con personas que me invitan a consumir alcohol.

Esto es similar a lo descrito por Hinojosa et al. (2012), donde los trabajadores de la salud con mayor autoeficacia tienen un menor consumo de alcohol. Dijkstra et al. (2001) reporta hallazgos similares, en los que encontró una correlación negativa y

significativa entre las expectativas de autoeficacia y el consumo de alcohol en adultos jóvenes. Otro estudio reporta que una mayor autoeficacia para resistir el consumo de alcohol se asocia con la cantidad de alcohol consumida en adultos jóvenes de Países Bajos (Engels, Wiers, Lemmers, & Overbeek, 2005). De acuerdo a Bandura (1977) las expectativas de autoeficacia determinan cuánto esfuerzo y tiempo invertirá un individuo en el cambio de un comportamiento; a mayor incremento de la autoeficacia percibida mayor es el cambio en el comportamiento. Marlatt et al. (1999) agrega que la autoeficacia influye en el desarrollo inicial de los hábitos adictivos, en el proceso de modificación de la conducta que conlleva al cese de tales hábitos y al mantenimiento de la abstinencia.

Finalmente se observó una correlación positiva y significativa entre el número de copas consumidas en un día típico y la tensión arterial sistólica ($p < .01$). Un metaanálisis reciente que incluye a más de 360 mil adultos entre 18 y 45 años, concluye que el consumo excesivo de alcohol tienen una presión arterial sistólica más altas (Piano, Burke, Kang, & Phillips, 2018). Por su parte Núñez et al. (2009) realizaron un estudio prospectivo en cerca de 10 mil varones y mujeres, en el que se reportan que el consumo de alcohol se asocia con el incremento de riesgo de hipertensión arterial. Sin embargo, el mecanismo biológico que explica el aumento de la presión arterial en asociación con el consumo de alcohol no es claro.

Se han sugerido varias teorías para explicar este proceso: 1) el alcohol influye en la función del endotelio vascular activando el sistema renina-angiotensina- aldosterona que produce inhibición de la vasodilatación, 2) el aumento del consumo de etanol afecta la actividad sistémica nerviosa simpática, la estimulación del sistema renina-angiotensina- aldosterona, un aumento intracelular de calcio en el músculo liso vascular, aumento de estrés oxidativo y disfunción endotelial, 3) el alcohol aumenta la concentración de calcio y sodio en las células del músculo liso vascular y causa

vasoconstricción, 4) el alcohol produce disfunción endotelial e inhibición del óxido nítrico (Ji et al., 2018; Husain, Ansari, & Ferder, 2014).

Otro factor que pudo contribuir a la reducción del estrés y de la tensión arterial sistólica pudo ser el componente de la terapéutica complementaria de la reflexología dentro de la intervención breve, dado que existen estudios que han mostrado una reducción del estrés y de la tensión arterial posterior a la aplicación de la reflexología (Hughes et al., 2011; McCullough et al., 2014). En la experiencia empírica posterior a la aplicación de la reflexología los participantes informaron a los intervencionistas que se relajaban y sentían bienestar al término de la sesión y que este estado continuaba durante días posteriores, sugiriendo al intervencionista que sería beneficio a futuro realizar dos sesiones de reflexología a la semana para mantener la sensación de bienestar.

Conclusiones

El estudio tuvo como objetivo analizar la factibilidad y efecto de una intervención breve de enfermería basada en la autoeficacia y la reflexología facial para la reducción de la percepción de estrés y del consumo de alcohol en trabajadores. Con base en los hallazgos es posible concluir que es factible reclutar a trabajadores de industrias para ingresar a la intervención de enfermería y retener su participación durante siete semanas, la tasa de deserción fue menor a lo esperado.

La entrega de la intervención es viable, en un alto porcentaje las sesiones se realizaron en el horario establecido, se cumplieron con las actividades programadas y no existieron interrupciones durante la entrega. Sin embargo fue necesaria la reprogramación de citas en una tercera parte de los participantes y en algunos se requirió hacer entrevistas adicionales para mantener la motivación de continuar en la intervención.

Los componentes de la intervención fueron evaluados como muy útiles por los participantes, una alta proporción de ellos refirió que el contenido del manual, las actividades realizadas durante las sesiones, las llamadas telefónicas de seguimiento y la

aplicación de reflexología facial fueron de gran utilidad para alcanzar su meta de reducir el consumo de alcohol.

Un alto porcentaje respondió estar satisfechos con la forma en que fue invitado a participar en la intervención con el trato recibido por los facilitadores, con el número de sesiones programadas, con la duración de las sesiones y con los resultados obtenidos respecto a la reducción del consumo de alcohol.

La tercera parte de los trabajadores presentó consumo excesivo ocasional, cerca de la mitad consume más alcohol durante las reuniones familiares o con amigos, un alto porcentaje inició el consumo de alcohol de los 14 a los 18 años de edad y más de la mitad consume de 5 a 9 copas de alcohol en un día típico.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la medición inicial y la medición final en las expectativas de autoeficacia para resistir el consumo de alcohol en diferentes situaciones, en las expectativas de resultados de reducir el consumo de alcohol, así como en la percepción de estrés y presión arterial.

Existen correlaciones positivas y significativas entre las expectativas de autoeficacia y las expectativas de resultados, entre las expectativas de autoeficacia y la edad de inicio del consumo de alcohol. Además de correlaciones negativas y significativas entre las expectativas de autoeficacia y la percepción de estrés, entre las expectativas de autoeficacia y el número de copas consumidas en un día típico, y entre las expectativas de resultado de beneficio y el número de copas consumidas en un día típico.

Limitaciones del Estudio

La capacidad de generalización es limitada por contar con una muestra pequeña y con características específicas como es la población trabajadora del área urbana. Por lo que los resultados del presente estudio sólo pueden ser aplicados en poblaciones con condiciones similares a la estudiada.

No contar con grupo control por las dificultades de abordar a los trabajadores en su lugar de trabajo.

Recomendaciones

Replicar la intervención con consejo breve y reflexología facial para reducir el estrés y el consumo de alcohol en otros grupos de población y en diversos contextos, para identificar si los resultados obtenidos en este estudio se mantienen.

Continuar utilizando la reflexología facial como terapia complementaria para reducir el estrés en personas con consumo excesivo de alcohol y otras drogas.

Se recomienda realizar este estudio en muestras mayores, con grupo control y con un seguimiento a los 6 y 12 meses para identificar si los resultados se mantienen a través del tiempo y proporcionar la transferencia de conocimiento a la práctica de enfermería.

Continuar aplicando el cuestionario de confianza situacional, el cuestionario sobre las consecuencias de alcohol y drogas, la escala de estrés percibido, la línea base retrospectiva y la calculadora de alcohol en sangre, dada constancia interna obtenida.

Se sugiere diseminar la intervención breve mediante capacitación y talleres interactivos entre los profesionales de la salud, especialmente en enfermeros, dado que son el primer contacto con los pacientes en la atención primaria.

Continuar utilizando la teoría de autoeficacia de Bandura (1977) como fundamento teórico para el desarrollo de intervenciones de enfermería para reducir el consumo de alcohol y otras drogas.

Realizar seguimiento de los participantes a los seis y doce meses posterior a la intervención para comprobar el efecto en un periodo más amplio de tiempo.

Referencias

- Agrelo, A., Sgró, J. & Ojeda, H. (2016). La percepción de los usuarios de un programa de tratamiento ambulatorio en adicciones, una exploración focalizada en la satisfacción con el tratamiento. *Revista Argentina de clínica Psicológica*, 25(3), 275-288.
- Alcántara, S.A., Gutiérrez, A.D., Guzmán, V., Soto, P.M., Alonso, M.M., Oliva, N.N. & Alonso, B. (2014). Intervención de enfermería: manejo de estrés por medio de terapias alternativas en jóvenes universitarios. En Esparza, S.E., Alonso, M.M., López, K., & Rodríguez, L., *Competencias específicas de enfermería en la reducción de la demanda de drogas* (pp. 115-119). México: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Alcohol Help Center (2017). Blood alcohol calculator. Recuperado de:
http://www.alcoholhelpcenter.net/Program/BAC_Standalone.aspx
- Alexander, K. (2016). Brief intervention for clients with drug and alcohol issues. *Journal of the Australian Traditional-Medicine Society*, 22(1), 26-29.
- Alonso, M.M. & Esparza, S.E. (2003). Intervención breve: una estrategia para disminución del consumo de alcohol en personas que sufrieron un accidente automovilístico. *Desarrollo Científico de enfermería*, 11(1), 6-11.
- Annis, H. & Graham, J. (1987). Situational Confidence Questionnaire. Addiction Research Foundation. Toronto, Canada.
- Atkins, R.C. & Harris, P. (2008). Using reflexology to manage stress in the workplace: a preliminary study. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 14, 280-287.
- Babor, T.F. & Higgins-Biddle, J.C. (2001). Intervención breve para el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Organización Mundial de la Salud.
- Babor, T.F., de la Fuente, J.R., Saunders, J. & Grant, M. (1989). *AUDIT The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Health Care*. WHO/MNH/DAT 89.4, World Health Organization, Geneva.

- Bacio, G., Moore, A., Karno, M., & Ray, L. (2014). Determinant of problem drinking and depression among Latino day laborers. *Substance Use & Misuse*, 49, 1039-1048. doi: 10.3109/10826084.2013.852577
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Barragán, L., González, J., Medina, M.E., & Ayala, H. (2005). Adaptación de un modelo de intervención cognitivo-conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas en población mexicana: un estudio piloto. *Salud Mental*, 28(1), 61-71.
- Benítez, A., D'Anello, S., & Noel, G. (2013). Validación de la escala de estrés percibido (EEP-13) en una muestra de funcionarios públicos venezolanos. *Anales de la Universidad Metropolitana*, 13(1), 117-133
- Berman, A. & Snyder, S. (2013). Constantes vitales. En *Fundamentos de enfermería, conceptos, procesos y práctica* (9ª ed.). Madrid. Pearson Educación.
- Brock, D., Tofighi, B., Lee, J.D., & Fastenberg, J. (2013). Alcohol pharmacotherapies. In Saitz, R. *Addressing unhealthy alcohol use in primary care* (pp. 49-59). USA: Springer.
- Carey, K.B., Maisto, S.A., Carey, M.P., & Purnine, D.M. (2001). Measuring readiness to change substance misuse among psychiatric outpatients I. Reliability and validity of self-report measures. *J Stud Alcohol*, 62(1), 79-88.
- Carreño, S., Medina, M.E., Martínez, N., Juárez, F., & Vázquez, L. (2006). Características organizacionales, estrés y consumo de alcohol en trabajadores de una empresa textil mexicana. *Salud Mental*, 29(4), 63-70.
- Chao, Y., Scherer, Y., Wu, Y., Lucke, K., & Montgomery, C. (2013). The feasibility of an intervention combining self-efficacy theory and Wii Fit exergames in assisted living residents: A pilot study. *Geriatric Nursing*, 34, 377-382.

- Charro, B. (2012). El consumo de sustancias psicoactivas como riesgo psicosocial en el ámbito laboral, Una revisión. *International Psychology, Practice and Research*, 3, 1-13.
- Cheal, N.E., Mcknight-Ely, L., & Wber, M.K. (2014). Alcohol screening and brief intervention, a clinical solution to a vital public health issue. *American Nurse Today*, 9(9), 34-35.
- Childs, E., O'Connor, S., & Wit H. (2011). Bidirectional interactions between acute psychosocial stress and acute intravenous alcohol in healthy men. *Alcohol Clin Exp Res.*, 35(10), 1794-1803. doi:10.1111/j.1530-0277.2011.01522.x
- Chopko, B.A., Palmieri, P.A., & Adams, R.E. (2013). Associations between police stress and alcohol use: implications for practice. *Journal of Loss and Trauma*, 12, 482-497. doi: 10.1080/15325024.2012.719340
- Cirera, Y., Aparecida, E., Rueda, V., & Ferraz, O. (2012). Impacto de los estresores laborales en los profesionales y en las organizaciones análisis de investigaciones publicadas. *Invenio*, 15(29), 67-80.
- Cohen S., Kamarkc, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
- Colell, E., Sánchez, A., Benavides, F.G., Delclos, G.L., & Domingos, A. (2014). Work-related stress factors associated with problem drinking: a study of the Spanish working population. *American Journal of Industrial Medicine*, 57, 837-846. doi: 10.1002/ajim.22333
- Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (2014). *Programa especial de ciencia, tecnología e innovación 2014-2018*. México, D.F.: CONACYT.
- Cortaza, L. & Alonso, M.M. (2007). Afecto y consumo de alcohol en trabajadores de la industria petroquímica del sur de Veracruz, México. *SMAD, Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas*, 3(1). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80330101>

- Crombie, I.K. Irvine, L., Falconer, D.W., Williams, B., Ricketts, I.W..., Rice, P. (2017). Alcohol and disadvantaged men: a feasibility trial of an intervention delivered by mobile phone. *Drug and Alcohol Review*, 36(4), 468-476. doi: 10.1111/dar.12455
- Cunningham, J.A., Gavin, D.R., Sobell, L.C., & Sobell, M.B. (1997). Assessing motivation for change: preliminary development and evaluation of a scale measuring the cost and benefits of changing alcohol or drug use. *Psychology of Addictive Behaviors*, 11(2), 107-114.
- De la Fuente, J. & Kershenobich, D. (1992) El alcoholismo como problema médico. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 35, 47 - 57.
- DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., Fairhurst, S. K., Velicer, W. F., Velásquez, M. M. & Rossi, J. S. (1991). The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of changes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 295-304.
- DiClemente, C. C., Nidecker, M. & Bellack, A. S. (2008). Motivation and the stages of change among individuals with severe mental illness and substance abuse disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34, 25-35
- Díez, I. (2003). La influencia del alcohol en la sociedad. *Osasunaz*, 5, 177-190.
- Dijkstra, A., Sweeney, L., & Gebhardt, W. (2001). Social cognitive determinants of drinking in young adults: beyond the alcohol expectancies paradigm. *Addictive Behaviors*, 26, 689-706.
- Doumas, D.M. & Hannah, E. (2008). Preventing high risk drinking in youth in the workplace: a web based normative feedback program. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 4(1), 1-11.
- Echeburúa, E. & Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI.

- Echeverría, L., Ruiz, G.M., Salazar, M.L., Tiburcio, M.A., & Ayala, H. (2007). *Manual de detección temprana e intervención breve para bebedores problema*. México: Consejo Nacional Contra las Adicciones.
- Echeverría, S.L. & Ayala, H. (1997a). *Cuestionario de confianza situacional: traducción y adaptación*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Echeverría, S.L. & Ayala, H. (1997b). *Auto registro del consumo de alcohol y otras drogas: traducción y adaptación*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Eghbali, M., Safari, R., Nazari, F., & Abdoli, S. (2012). The effects of reflexology on chronic low back pain intensity in nurses employed in hospital affiliated with Isfahan University of Medical Sciences. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 17(3), 239-243.
- Ehret, P.J., Ghaidarov, T.M., & LaBrie, J.W. (2013). Can you say no? Examining the relationship between drinking refusal self- efficacy and protective behavioral strategy use on alcohol outcomes. *Addictive Behaviors*, 38, 1898-1904. doi: 10.1016/j.addbeh.2012.12.022
- Embong, N.H., Soh, Y.C., Ming, L.C., & Wong, T.W. (2015). Revisiting reflexology: concept, evidence, current practice, and practitioner training. *Journal of Traditional and Complementary Medicine*, 5, 197-206. doi: /10.1016/j.jtcme.2015.08.008
- Engels, R., Wiers, R., Lemmers, L., & Overbeek, G. (2005). Drinking motives, alcohol expectancies, self-efficacy, and drinking patterns. *J. Drug Education*, 35(2), 147-166.
- Faro, A. & Pereira, M. (2013). Medidas do estresse: uma revisao narrativa. *Psicologia, Saude y Doencas*, 14(1), 101-124.
- Fawcett, J., & Downs, F. (1999). *The relationship of theory and research* (3rd ed.). Philadelphia: F. A. Davis.

- Feng, J., Li, S., & Chen, H. (2015). Impacts stress, self-efficacy, and optimism on suicide ideation among rehabilitation patient with acute pesticide poisoning. *PLOS ONE*, 10(2), 1-11. doi: 10.1371/journal.pone.0118011
- Flora, K. & Stalikas, A. (2012). Factors affecting substance abuse treatment in Greece and their course during therapy. *Addictive Behaviors*, 37, 1358-1364. doi:10.1016/j.addbeh.2012.07.003
- García, O.P. (2014). Alcoholismo. *Ciencia*, 32-39. Recuperado de: https://www.amc.edu.mx/revistaciencia/images/revista/65_1/PDF/Alcoholismo.pdf
- Gasperin, D., Netuveli, G., Soares, J. & Pascoal, M. (2009). Effect of psychological stress on blood pressure increase: a meta-analysis of cohort studies. *Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 25(4):715-726.
- Gates, P. & Albertella, L. (2015). The effectiveness of telephone counseling in the treatment of illicit drug and alcohol use concerns. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 1-19. doi: 10.1177/1357633X15587406
- Ghazavi, A., Pouraboli, B., Sabzevari, S., & Mirzaei, M. (2016). Evaluation of the effects of foot reflexology massage on vital signs and chemotherapy-induced anxiety in children with leukemia. *Medical Surgical Nursing Journal*, 4(4), 41-48.
- González, M.T. & Landero, R. (2007). Factor structure of the perceived stress scale (PSS) in a sample from México. *The Spanish Journal of Psychology*, 10(1), 199-206.
- Gray, K, Grove, S., & Sutherland, S. (2017). *Burns and Grove's the practice of nursing research, appraisal, synthesis, and generation of Evidence* (8th Ed.) China: ELSEVIER. p. 244.
- Guardia, J. (2011). Cambio de paradigma en el tratamiento del alcoholismo de baja gravedad. *Adicciones*, 23(4), 299-316.

- Guardia, J. (2015). Los antagonistas de los receptores opioides en el tratamiento del alcoholismo. *Adicciones*, 27(3), 214-230.
- Ha, M., Hu, J., Petrini, M.A., & McCoy, T.P. (2014). The effects of an educational self-efficacy intervention on osteoporosis prevention and diabetes self-management among adults with type 2 diabetes mellitus. *Biological Research for Nursing*, 16(4), 357-367. doi: 10.1177/1099800413512019
- Hagger, M.S., Lonsdale, A., & Chatzisarantis, L.D. (2011). Effectiveness of brief intervention using mental simulations in reducing alcohol consumption in corporate employees. *Psychology, Health & Medicine*, 16(4), 375-392.
- Hermansson, U., Helander, A., Brant, L., Huss, A., & Rönnerberg (2010). Screening and brief intervention for risky alcohol consumption in the workplace, results of a 1 year randomized controlled study. *Alcohol & Alcoholism*, 45(3), 252-257.
- Hernández, T., Roldán, J., Jiménez, A., Mora, C., Escarpa, D., & Pérez, M. (2009). La edad de inicio en el consumo de drogas, un indicador de consumo problemático. *Intervención Psicosocial*, 18(3), 199-212.
- Hiltunen, E.F., Winder, P.A., Rait, M.A., Buselli, E.F., Carroll, D.L., & Rankin, S.H. (2005). Implementation of efficacy enhancement nursing interventions with cardiac elders. *Rehabilitation Nursing*, 30(6), 221-229.
- Hinojosa, L., Alonso, M.M., & Castillo, Y. (2012). Autoeficacia percibida y consumo de alcohol en trabajadores de la salud. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 20(1), 19-25.
- Hodgson, N.A. & Lafferty, D. (2012). Reflexology versus swedish massage to reduce physiologic stress and pain and improve mood in nursing home resident with cancer, a pilot trial. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2012, 1-5. doi:10.1155/2012/456897
- Hosada, T., Osaky, Y., Okamodo, H., Wada, T., Otani, S., Mu, H..., Kurozawa, Y. (2012). Evaluation of relationships among occupational stress, alcohol

- dependence and other factors in male personnel in Japanese local fire fighting organization. *Yonago Acta Medica*, 55, 63-68.
- Hughes, C.M., Krirsnakriengkrai, S., Kumar, S., & McDonough, S.M. (2011). The effect of reflexology on the autonomic nervous system in healthy adults, a feasibility study. *Alternative Therapies in Health Medicine*, 17(3), 32-37.
- Husain, K., Ansari, R., & Ferder, L. (2014). Alcohol-induced hypertension: mechanism and prevention. *World Journal of Cardiology*, 6(5), 245-252.
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud (2017). *Encuesta nacional de consumo de drogas, alcohol y tabaco 2016-2017 reporte de alcohol*. México: Secretaría de Salud.
- Institute of Alcohol Studies (2014). *Alcohol in the workplace* (p. 5). London: Institute of Alcohol Studies. Recuperado de:
<http://www.ias.org.uk/uploads/pdf/Factsheets/Alcohol%20in%20the%20workplace%20factsheet%20March%202014.pdf>
- Ito, C., Yuzuriha, T., Noda, T., Ojima, T., Hiro, H., & Higuchi, S. (2015). Brief intervention in the workplace for heavy drinkers, a randomized clinical trial in Japan. *Alcohol and Alcoholism*, 50(2), 157-163.
- Jackson, C. (2012). The roles of healing modalities (complementary/alternative medicine) in holistic nursing practice. *Holistic Nursing Practice*, 26(1), 3-5.
- Jeongsoon, L., Misook, H., Younghae, C., & Jungsook, C. (2011). Effects of reflexology on fatigue sleep and pain: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 41(6), 821-833.
- Ji, A., Lou, P., Dong, Z., Xu, C., Zhang, P, Chang, G., & Li, T. (2018). The prevalence of alcohol dependence and its association with hypertension:a population-based cross-sectional study in Xuzhou city, China. *BMC Public Health*, 18, 1-7.
doi:10.1186/s12889-018-5276-1

- Joseph, J., Basu, D., Dandapani, M., & Krishnan, N. (2014). Are nurse-conducted brief interventions (NCBIs) efficacious for hazardous or harmful alcohol use? A systematic review. *International Nursing Review*, *61*, 203-2010.
- Kadden, R.M. & Litt, M.D. (2011). The role of self-efficacy in the treatment of substance use disorders. *Addictive Behaviors*, *36*, 1120-1126.
- Kamboj, S., Irez, D., Serfaty, S., Thomas, E., Das, R., & Freeman, T. (2018). Ultra-brief mindfulness training reduces alcohol consumption in at-risk drinkers: a randomized double-blind active-controlled experiment. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, *20*(11), 936-947.
- Keenan, K., Saburova, L., Babrova, N., Elbourne, D., Ashwin, S., & Leon, D.A. (2015). Social factors influencing Russian male alcohol use over the life course: A qualitative study investigating age based social norms, masculinity, and workplace context. *PLoS ONE*, *10*(11), 1-15. doi:10.1371/journal.pone.0142993
- Kim, O. & Jeon, H. (2012). Relations of drinking motives and alcohol consumption in Korean male office workers. *Psychological Reports: Disability & Trauma*, *111*(3), 963-979. doi: 10.2466/18.06.13.PR0.111.6.963-970
- Kolar, C. & Truer, K. (2015). Alcohol misuse interventions in the workplace: a systematic review of workplace and sports management alcohol interventions. *International Journal Mental Health Addiction*, *13*, 563-583.
- Kussito, K., Knuuttila, V., & Saarnio, P. (2011). Clients' self-efficacy and outcome expectations: impact on retention and effectiveness in outpatient substance abuse treatment. *Addictive Disorders and Their Treatment*, *10*(4), 157-168. doi: 10.1097/ADT.0b013e31820dd4ec
- Ladsmann-Dijkstra, J.J.A., Wijck, R., & Groothoff, J.W. (2006). The long-term lasting effectiveness on self-efficacy, attribution style, expression of emotions and quality of life of a body awareness program for chronic a-specific psychosomatic

symptoms. *Patient Education and Counseling*, 60, 66-79.

doi:10.1016/j.pec.2004.12.003

Lee, E.K., Kim, K.S., Hong, J.Y. (2015). Characteristics and factors associated with problem drinking in male workers. *Asian Nursing Research*, 9, 132-137. doi: 10.1016/j.anr.2015.04.002

Lefio, L.A., Villaroel, S.R., Rebolledo, C., Zamora, P., & Rivas, K. (2013).

Intervenciones eficaces en consumo problemático de alcohol y otras drogas.

Revista Panamericana de Salud Pública, 34(4), 257-266.

Ling, J., Smith, K., Wilson, G., Brierley, L., Crosland, A., Kaner, E.F., & Haighton, C.

(2012). The “other in patterns of drinking: a qualitative study of attitudes towards alcohol use among professional, managerial and clerical workers. *BMC Public Health*, 12, 1-7.

López, K., Alonso, M., Alonso, B., Esparza, S., Oliva, N., & Rodríguez, L. (2014).

Experiencia en la reducción del consumo de drogas utilizando el modelo basado en competencias. En Esparza, S.E., Alonso, M.M., López, K., & Rodríguez, L.,

Competencias específicas de enfermería en la reducción de la demanda de drogas (pp. 104-132). México: Universidad Autónoma de Nuevo León.

Makara, M., Golonka, K., & Izydorczyk, B. (2019). Self-efficacy as a moderator

between stress and professional bournout in firefighters. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16, 1-16.

doi:10.3390/ijerph16020183

Marlatt, G.A., Baer, J.S., & Quigley, L.A. (1999). Autoeficacia y conducta adictiva. En

Bandura, A. *Autoeficacia cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual* (pp. 245-267). España: Descleé De Brouwer.

Márquez, E., Casado, J., Corchado, Y., Chaves, R., Grandío, A..., Barrera, L. (2004).

Eficacia de una intervención para mejorar el cumplimiento terapéutico en las dislipidemias. *Atención Primaria*, 33(8), 443-450,

- McCarthy, P.M. & O'Sullivan, D. (2010). Efficacy of a brief cognitive behavioral therapy program to reduce excessive drinking behavior among new recruits entering the Irish navy: a pilot evaluation. *Military Medicine*, 175, 841-846.
- McCullough, J.E., Liddle, S.D., Sinclair, M., Close, C., & Hughes, C.M. (2014). The physiological and biochemical outcomes associated with a reflexology treatment, a systematic review. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2014, 1-16. doi: 10.1155/2014/502123
- McKay, M.T. & Cole, J.C. (2012). The relationship between alcohol use and peer pressure susceptibility, peer popularity and general conformity in Northern Irish school children. *Drugs, Education, Prevention and Policy*, 19(3), 213-22. doi: 10.3109/09687637.2011.641133
- Mdege, N.D., Fayter, D., Watson, J.M., Stirk, L., Sowden, A., & Godfrey, C. (2013). Interventions for reducing alcohol consumption among general hospital inpatient heavy alcohol users: a systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 131, 1-22.
- Méndez, M.D., Sáenz, M., Oliva, N.N., Alonso, B. & Alonso, M.M. (2014). Intervención de enfermería: manejo de estrés por medio de reflexología facial en estudiantes universitarios. En Esparza, S.E., Alonso, M.M., López, K., & Rodríguez, L., *Competencias específicas de enfermería en la reducción de la demanda de drogas* (pp. 110-114). México: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Michaud, P., Kunz, V., Demortiere, G., Lancrenon, S., Carré, A., Ménard, C., & Arwidson, S. (2013). Efficiency of brief intervention on alcohol related risks in occupational medicine. *Global Health promotion*, 20(2), 99-105.
- Mileviciute, I., Scott, W.D., & Mousseau, A.C. (2014). Alcohol use, externalizing problems, and depressive symptoms among American Indian youth: the role of

- self-efficacy. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 40(4), 242-348.
doi: 10.3109/00952990.2014.910518
- Miller, W.R. (1999). *Mejorando la motivación para el cambio en el tratamiento de abuso de sustancias, serie de protocolo para mejorar el tratamiento 35* (pp. 20-25). EEUU: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EEUU.
- Miller, W. R. (2006). Motivational factors in addictive behaviors. In W. R. Miller, & K. M. Carroll (Eds.), *Rethinking substance abuse: What the science shows and what we should do about it* (pp. 134– 152). New York: Guilford Press.
- Mohamed, N. & Hussain, Z. (2011). Effect of reflexology on pain and quality of life in a patient with rheumatoid arthritis. *Life Science Journal*, 8(2), 357-365.
- Morales, S., Martínez, K.I., Carrascoza, C., Chaparro, A.A., & Martínez, M.J. (2013). Evaluación de habilidades de consejo breve en el ámbito de las adicciones. *Health and Addictions*, 13(2), 109-116.
- Moyer, A. & Finney, J.W. (2015). Brief intervention for alcohol misuse. *CMAJ*, 187(7), 502-506.
- Mucci, N., Giorgi, G., De Pasquale, S., Fiz-Pérez, J., Mucci, F. & Arcangeli, G. (2016). Anxiety, stress-related factors, and blood pressure in Young adult. *Front Psychol*, 7, 1-10.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2015a). *Tratamiento del alcoholismo como buscar y obtener ayuda* (p. 7). EE.UU.: NIAAA.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2015b). Drinking levels defined. Recuperado de: <https://www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/overview-alcohol-consumption/moderate-binge-drinking>
- National Institute on Drug Abuse (2010). *Principios de tratamiento para la drogadicción, una guía basada en las investigaciones* (pp. 10-51). EE.UU.: NIDA.

- National Institutes of Health (2011). *¿Qué es la medicina complementaria y alternativa?*. EEUU: NIH. Recuperado de:
<https://nccih.nih.gov/sites/nccam.nih.gov/files/informaciongeneral.pdf>
- Navarro, D., Oviedo, C.J., Alonso, M.M., Oliva, N.N. & Alonso, B. (2014). Intervención de enfermería para el manejo de estrés laboral en personal de salud mediante reflexología facial. En Esparza, S.E., Alonso, M.M., López, K., & Rodríguez, L., *Competencias específicas de enfermería en la reducción de la demanda de drogas* (pp. 125-127). México: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Neff, J.A., Shorkey, C., & Windsor, L. (2006). Contrasting faith-based and traditional substance abuse treatment programs. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 30, 49-61. doi:10.1016/j.jsat.2005.10.001
- Nkowane, A.M., Watson, H., & Roy Malis, F. (2013). Screening and brief intervention for hazardous and harmful use of alcohol and other psychoactive substance, how are nurses and midwives involved?. *International Journal of Nursing*, 2(1), 8-12.
- Núñez, J., Martínez M., Bes, M., Toledo E., Beunza, J., & Alonso, A. (2009). Consumo de alcohol e incidencia de hipertensión en una cohorte mediterránea: el estudio SUN. *Revista Española de Cardiología*, 62(6), 633-641.
- Nwankwo, B.C. & Onyishi, I.E. (2012). Role of self-efficacy, gender and category of athletes in coping with sport stress. *African Journal Online*, 20(2), 94-101.
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Global status report on alcohol and health* (pp. 46-56). Luxemburgo: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud (2007). *Alcohol y salud pública en la américas un caso para la acción* (p.9). Washington, D.C.: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (2010). *El alcohol: un producto de consumo no ordinario, investigación y políticas públicas* (p 13.). Washington: OPS.

- Organización Panamericana de la Salud (2011). *Intervención breve vinculada a ASSIST para el consumo riesgoso y nocivo de sustancias, manual para uso de atención primaria* (pp. 3-15). EEUU: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (2015). *Informe de situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas* (pp. 29-32). Washington, D.C.: OPS.
- Otero, C. (2011). Drogodependencia en el lugar de trabajo, pautas generales de investigación desde la medicina del trabajo. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57(1), 145-172.
- Park, C., Russel, B., & Fendrich, M. (2018). Mind-body approaches to prevention and intervention for alcohol and other drug use/abuse in young adults. *Medicines*, 5(64), 1-10. doi. 10.3390/medicines5030064
- Piano, M., Burke, L., Kang, M., & Phillips, S. (2018). Effects of Repeated Binge Drinking on Blood Pressure Levels and Other Cardiovascular Health Metrics in Young Adults: National Health and Nutrition Examination Survey, 2011-2014. *Journal of the American Heart Association*, 7, 1-9. doi: 10.1161/JAHA.118.008733
- Plancarte, R. (2015). ¿Son racionales las normas sociales?. *Espiral, Estudios sobre Estado y Sociedad*, 22(64), 9-39.
- Porter, L.K. (2012). El alcohol y el hígado, hoja informática HCSP. San Francisco: Hepatitis C Support Project. Recuperado de: http://hcvadvocate.org/hepatitis/sp_factsheets/alcohol.pdf
- Qi, B., Resnick, B., Smeltzer, S., & Bausell, B. (2011). Self-Efficacy program to prevent osteoporosis among Chinese immigrants. *Nursing Research*, 60 (6), 393-404.
- Resnick, B. (2014). Theory of self-efficacy. In Smith, M.J., & Liehr, P.R. *Middle range theory for nursing* (pp. 197-216). New York: Springer Publishing Company, LLC.

- Resnick, B., Gruber, A.L., Zimmerman, S., Galik, E., Pretzer, I., Russ, K., & Hebel, R. (2009a). Nursing home resident outcomes from the Res-Care intervention. *The American Geriatrics Society*, 57(7), 1166-1165.
- Reyes, A., Alosno, M., Silva, E., Benavides, R., & Armendáriz, N. (2017). Modos de implementación de intervenciones breves para reducir el consumo de alcohol en trabajadores. *Jornal Health NPEPS*, 2(2), 430-443.
- Reyes, A., Rodríguez, L., López, K., Guzmán, F., & Alonso, M. (2018). Estrés laboral, resiliencia y consumo de alcohol de trabajadores de la industria del acero de Nuevo León, México. *Health and Addiction*, 18(1), 29-37.
- Rodríguez, N. (2015). Prevención del consumo del riesgo de alcohol en población laboral, resultados del programa trabajar con calidad de vida. *Observatorio Chileno de Drogas*, 25, 1-5.
- Salazar, M.L., Pérez, J.L., Ávila, O.P. & Vacio, M. D. (2012). Consejo breve a universitarios que consumen alcohol en exceso: resultados iniciales. *Psicología y Salud*, 22(2), 247-256.
- Sánchez, E. & Gradolí, V. (2001). Intervención psicológica en conductas adictivas. *Trastornos Adictivos*, 2(1), 21-27.
- Sánchez, E. & Gradolí, V. (2002). Terapia breve en la adicción a drogas. *Papeles del Psicólogo*, 83, 49-54.
- Schulte, B., O'Donnell, A.J., Kastner, S., Schmidt, C.S., Schäfer, I., & Reimer, J. (2014). Alcohol screening and brief intervention in workplace setting and social services: a comparison of literature. *Frontiers in Psychiatry*, 5(131), 1-9.
- Searle, J. (2015). Alcohol calculations and their uncertainty. *Medicine, Science and the Law*, 55(1), 58-64. doi: 10.1177/0025802414524385
- Secretaría de Salud (2010). Norma oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009 para prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión

arterial sistémica. Mexico: SS: Recuperado de:

<http://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR21.pdf>

Secretaría de Salud (2010). Norma oficial mexicana NOM-008-SSA3-2010 para el

tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad. México: SS. Recuperado de:

http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5154226&fecha=04/08/2010

Secretaría de Salud (1987). *Reglamento de la Ley general de Salud en Materia de*

Investigación para la Salud. México: SS. Recuperado de:

<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>

Secretaría de Salud (2010). *Programa nacional de alcoholimetría manual para la*

implementación de operativos. México: SS.

Secretaría de Salud (2011). *Lineamientos para la prevención y atención de las*

adicciones en el ámbito laboral mexicano. México: CONADIC.

Secretaría del Trabajo y Previsión Social. (2009). *Norma oficial mexicana NOM-030-*

STPS-2009, servicios preventivos de seguridad y salud en trabajo-funciones y

actividades. México: Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

Secretaría del Trabajo y Previsión Social (2010). *Guía de recomendaciones para la*

promoción de la salud y la prevención de adicciones en los centros de trabajo.

México: Comisión Consultiva Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.

Serrano, M., Moya, L. & Salvador, A. (2009). Estrés laboral y salud: indicadores

cardiovasculares y endocrinos. *Anales de Psicología*, 25(1), 150-159.

Shaughnessy, M., Michael, K., & Resnick, B. (2012). Impact of treadmill exercise on

efficacy expectations, physical activity, and stroke recovery. *Journal of*

Neuroscience Nursing, 44(1), 27-35. doi:10.1097/JNN.0b013e31823ae4b5

Signor, L., Pieroza, P.S., Ferigolo, M. Fernandes, S., de Campos, T., Galvao, C., &

Tannhauser, H.M. (2013). Efficacy of the telephone-based brief motivation

intervention for alcohol problems in Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35,

354-261. doi:10.1590/1516-4446-2011-0724

- Snyder, M. & Lindquist, R. (2011). *Terapias complementarias y alternativas en enfermería*. México: Manual Moderno.
- Sobell, M. & Sobell, L. (1993). Treatment for problem drinkers; a public health priority. En: Baer, J., Marlatt, G., & MvMahon, R. (eds.). *Addictive behaviors across the life span: prevention, treatment and policy issues*. Sage, Newbury Park.
- Song, H., Son, H., Seo, H., Lee, H., Chio, S. & Lee, S. (2015). Effect of self-administered foot reflexology for symptom management in healthy persons: a systematic review and meta-analysis. *Complementary Therapies in Medicine*, 23, 79-89. doi: 10.1016/j.ctim.2014.11.005
- Southern, C., Lloyd, C., Liu, J., Wang, C., Zhang, T., Bland, M., & MacPherson, H. (2016). Acupuncture as an intervention to reduce alcohol dependency: a systematic review and meta-analysis. *Chine Medicine*, 11(49), 1-12. doi. 10.1186/s13020-016-0119-4
- Tejedor, E. & Mangas, S. (2016). La autoeficacia y la autorregulación como variables moderadoras del estrés laboral en docentes de educación primaria. *Universitas Psychologica*, 15(1), 205-2018.
- Torrecilla, F.L., Cobo, M., Delgado P., & Ucles, I.R. (2015). Predictive capacity of self-efficacy in drug dependence and substance abuse treatment. *Journal of Psychology and Clinical Psychiatry*, 2(3), 2-7. doi: 10.15406/jpcpy.2015.02.00073
- Trapp, M., Trapp, E., Egger, J., Domej, W., Schillaci, G..., Baulmann, J. (2014). Impact of mental and physical stress on blood pressure and pulse pressure under Normobaric versus hypoxic conditions. *PLOS ONE*, 9(5), 1-7.
- Valizadeh, L., Seyyedrasooli, A., Zamanazadeh, V., & Nasiri, K. (2015). Comparing the effects of reflexology and footbath on sleep quality in the elderly: a controlled clinical trial. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 17(11), 2-8.

- Vázquez, V. & Castro, R. (2009). Masculinidad hegemónica, violencia y consumo de alcohol en el mundo universitario. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 14(42), 701-719.
- Villar, J., Lizán, L., Soto, J., & Peiró S. (2009). La satisfacción con el tratamiento. *Atención Primaria*, 41(11), 637-645.
- Watson, H., Godfrey, C., McFadyen A. & McArthur, K. (2015). Screening and brief intervention delivery in the workplace to reduce alcohol-related harm: a pilot randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 52, 39-48.
- Webb, G., Shakeshaft, A., Sanson-Fisher, R., & Havard, A. (2009). A systematic review of work-place interventions for alcohol-related problems. *Addiction*, 104, 365-377.
- Zhao, F., Lei, X., He, W., Gu, Y., & Li, D. (2015). *International Journal of Nursing Practice*, 21, 401-409.

Apéndices

Apéndice A**Cédula Filtro**

Instrucciones: Este cuestionario es absolutamente confidencial, por lo que se le solicita responder cada pregunta de acuerdo a su realidad. Seleccione solo una respuesta y no deje preguntas sin responder.

1. Nombre:_____
2. Departamento de la empresa donde se trabaja:_____
3. Edad en años: _____
4. Género
 - a) Hombre
 - b) Mujer
5. Tipo de contrato laboral:
 - a) Tiempo completo
 - b) Eventual (Especifique el tiempo):_____
6. ¿Ha participado en algún tratamiento o intervención para dejar o reducir el consumo alcohol u otra droga?
 - a) Si
 - b) No
7. ¿Consume algún tipo de droga como marihuana, cocaína, éxtasis o heroína?
 - a) Si
 - b) No
8. Teléfono:_____
9. Correo electrónico:_____

Apéndice B

Cuestionario de Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol

Instrucciones: Este cuestionario es confidencial por lo que se solicita responder cada pregunta de acuerdo a su realidad. Lea cada pregunta y selecciona la respuesta que más se acerque a tu realidad, por favor marque una solo opción y no deje preguntas sin responder.

<p>1.- ¿Qué tan frecuente ingieres bebidas alcohólicas (cerveza, bebidas preparadas, vino, vodka, tequila, ron, brandy, mezcal)?</p> <p>0) <i>Nunca</i> 1) <i>Una o menos veces al mes</i> 2) <i>De 2 a 4 veces al mes</i> 3) <i>De 2 a 3 veces a la semana</i> 4) <i>4 a más veces a la semana</i></p>	<p>6.- Durante el último año ¿con qué frecuencia bebiste por la mañana después de haber bebido en exceso el día anterior?</p> <p>0) <i>Nunca</i> 1) <i>Menos de una vez al mes</i> 2) <i>Mensualmente</i> 3) <i>Semanalmente</i> 4) <i>A diario o casi a diario</i></p>
<p>2.- ¿Cuántas cervezas o copas de bebidas alcohólicas sueles tomar en un día típico de los que bebes?</p> <p>0) <i>1 o 2</i> 1) <i>3 o 4</i> 2) <i>5 o 6</i> 3) <i>7 a 9</i> 4) <i>10 o más</i></p>	<p>7.- Durante el último año ¿con qué frecuencia tuviste remordimientos o te sentiste culpable después de haber bebido?</p> <p>0) <i>Nunca</i> 1) <i>Menos de una vez al mes</i> 2) <i>Mensualmente</i> 3) <i>Semanalmente</i> 4) <i>A diario o casi a diario</i></p>
<p>3.- ¿Con qué frecuencia tomas 6 o más bebidas alcohólicas por ocasión?</p> <p>0) <i>Nunca</i> 1) <i>Menos de una vez al mes</i> 2) <i>Mensualmente</i> 3) <i>Semanalmente</i> 4) <i>A diario o casi a diario</i></p>	<p>8.- Durante el último año ¿con qué frecuencia no pudiste recordar lo que sucedió o algo de lo que pasó cuando estabas bebiendo?</p> <p>0) <i>Nunca</i> 1) <i>Menos de una vez al mes</i> 2) <i>Mensualmente</i> 3) <i>Semanalmente</i> 4) <i>A diario o casi a diario</i></p>
<p>4.- Durante el último año ¿con qué frecuencia no pudiste parar de beber una vez que habías comenzado?</p> <p>0) <i>Nunca</i> 1) <i>Menos de una vez al mes</i> 2) <i>Mensualmente</i> 3) <i>Semanalmente</i> 4) <i>A diario o casi a diario</i></p>	<p>9.- ¿Te has lastimado o alguien ha resultado lastimado como consecuencia de tu ingestión de alcohol?</p> <p>0) <i>No</i> 2) <i>Sí, pero no en el último año</i> 4) <i>Sí, en el último año</i></p>
<p>5.- Durante el último año ¿con qué frecuencia dejaste de hacer algo que debías haber hecho por beber?</p> <p>0) <i>Nunca</i> 1) <i>Menos de una vez al mes</i> 2) <i>Mensualmente</i> 3) <i>Semanalmente</i> 4) <i>A diario o casi a diario</i></p>	<p>10.- ¿Algún familiar, amigo o médico se ha mostrado preocupado por la forma en que bebes o te han sugerido que le bajes a tu forma de beber?</p> <p>0) <i>No</i> 2) <i>Sí, pero no en el último año</i> 4) <i>Sí, en el último año</i></p>

Apéndice C

Etapas de Cambio en el Consumo de Alcohol

Instrucciones: Marque con una (X) la opción de respuesta conforme a lo que piensas actualmente.

Planeas dejar de tomar bebidas alcohólicas (cerveza, whisky, tequila, vino, bebidas preparadas, etc.)

a – No he intentado dejar de beber y nunca lo haré

b – Probablemente deje de beber algún día

c – Planeo dejar de beber en estos meses

d – Estoy intentando dejar de beber

e – He dejado de beber por más de 6 meses

Apéndice D

Cédula de Datos Personales

Instrucciones: Este cuestionario es confidencial por lo que se solicita responder cada pregunta de acuerdo a su realidad. Escriba el dato que se solicita o marque con una (X) dentro en la casilla que considere, por favor marque una sola opción y no deje preguntas sin responder.

1. Edad: _____ años cumplidos	
2. Género:	Hombre () Mujer ()
3. Estado Civil:	Soltero () Casado () Unión libre () Divorciado () Viudo ()
4. Escolaridad: _____ años de estudio	
5. Categoría Laboral:	Administrativo () Obrero () Otros (especifique): _____
6. ¿Cuántas horas trabaja al día?	_____ horas
7. ¿Cuántas copas bebe en un día normal o típico?	_____ copas (1 copa = lata de cerveza, caballito de tequila o copa de vino)
8. ¿Ha consumido alcohol en el último año?	Si () No ()
9. ¿Ha consumido alcohol en último mes?	Si () No ()
10. ¿Ha consumido más de 5 copas en menos de dos horas en el último mes?	Si () No ()
11. ¿En qué situación consume más alcohol?	Estando solo@ () Con compañeros de trabajo () Con familiares/amigos () Con mi pareja () Si estoy triste () Si estoy estresad@ () En fiestas () Otras situaciones: _____
12. ¿Cuál es la bebida alcohólica que más prefiere?	Cerveza () Tequila () Vodka () Ron () Brandy () Vino () Bebidas Preparadas () Whisky ()
13. ¿A qué edad consumió su primera bebida alcohólica?	_____ años cumplidos

14. ¿En compañía de quien se encontraba cuando consumió su primera bebida alcohólica? Sol@ () Amigos () Familiares ()

15. ¿En alguna ocasión ha intentado reducir su consumo de alcohol? Si () ¿Cuántas veces? _____ No ()

16. En el último intento ¿Cuántos días logró reducir su consumo de alcohol? _____ días

DATOS MEDIDOS POR EL PROFESIONAL DE SALUD

9. Peso: _____ Kg FC: _____ Latidos/min

10. Presión arterial: _____ / _____ mmHg

Apéndice E

Cuestionario de Confianza Situacional

Instrucciones: Por favor lee cuidadosamente las oraciones y marca (X) la opción que más se acerque a tu caso. En cada pregunta complementa con la frase “voy a estar seguro de que resisto consumir alcohol”, con las diferentes opciones de respuesta:

Voy a estar seguro/segura de que resisto consumir alcohol	Seguro que no podría	No podría	A veces no podría	A veces si podría	Si podría	Seguro que si podría
1. Si yo siento que estoy deprimido.						
2. Si hubo peleas en casa.						
3. Si tuve problemas para dormir.						
4. Si tuve una discusión con un amigo.						
5. Si creo que otras personas no les caigo bien.						
6. Si me siento seguro y relajado.						
7. Si salí con amigos y ellos deciden consumir alcohol.						
8. Si me siento bien en una fiesta, pero deseo sentirme mejor.						
9. Si me acuerdo que tan agradable sabor tiene la bebida						
10. Si yo creo que consumiendo alcohol voy ser otra apersona						
11. Si yo creo que las cosas no me van a salir bien.						
12. Si otras personas interfieren con mis planes						
13. Si me siento mal físicamente y consumiendo alcohol creo que voy a sentirme alerta.						
14. Si tuve problemas con mis compañeros del trabajo o amigos.						
15. Si no me siento bien con la presencia de alguien.						

Voy a estar seguro/segura de que resisto consumir alcohol	Seguro que no podría	No podría	A veces no podría	A veces si podría	Si podría	Seguro que si podría
16. Si todo va saliendo bien						
17. Si estoy en una fiesta y otras personas están ingiriendo alcohol						
18. Si quiero celebrar con un amigo						
19. Si paso por la esquina donde se reúnen a tomar alcohol.						
20. Si me estoy preguntando si puedo vencer la tentación de no ingerir alcohol y siento que puedo probarme con un trago						
21. Si me siento enojado porque todo me sale mal.						
22. Si otras personas me tratan injustamente.						
23. Si me siento enfermo.						
24. Si las presiones están aumentando en el trabajo.						
25. Si alguien me critica.						
26. Si me siento satisfecho con algo que yo realice.						
27. Si estoy a gusto con un amigo y me quiero sentir mejor.						
28. Si voy a una reunión y las personas que van conmigo piden una bebida que contiene alcohol.						
29. Si me encuentro de repente con alguien y me invita a tomar.						
30. Si yo comienzo a pensar que solo un trago de bebida que contiene alcohol no causa problemas.						

Voy a estar seguro/segura de que resisto consumir alcohol	Seguro que no podría	No podría	A veces no podría	A veces si podría	Si podría	Seguro que si podría
31. Si me siento confundido acerca de lo que debo hacer.						
32. Si me siento con muchas presiones familiares.						
33. Si siento con indigestión (pesadez estomacal).						
34. Si no me llevo bien con mis compañeros del trabajo.						
35. Si las personas a mí alrededor me hacen sentir tenso (nervioso).						
36. Si salí con amigos y quiero disfrutar más.						
37. Si conozco a un amigo que me sugiere tomar un trago.						
38. Si de repente siento la necesidad de tomar una bebida que contiene alcohol.						
39. Si yo quiero probarme a mí mismo que puedo tomar varios tragos y no emborracharme.						

Apéndice F

Cuestionario sobre las Consecuencias del Alcohol

Instrucciones: Al considerar su decisión de cambiar su uso de alcohol, quisiéramos saber qué consecuencias son importantes para usted. En cada caso, por favor indique con una “X” cómo usted se ha sentido o ha pensado en cada situación.

SI DEJO O REDUZCO EL CONSUMO DE ALCOHOL	No importante	Ligeramente importante	Moderadamente importante	Muy importante	Extremadamente importante	No aplica
1. Me sentiré mejor físicamente	1	2	3	4	5	0
2. Tendré dificultades para relajarme	1	2	3	4	5	0
3. Cambiare un estilo de vida que disfruto	1	2	3	4	5	0
4. Tendré menos problemas con mi familia	1	2	3	4	5	0
5. Me sentiré frustrado y ansioso	1	2	3	4	5	0
6. Tendré más dinero para hacer otras cosas	1	2	3	4	5	0
7. Estaré más activo y atento	1	2	3	4	5	0
8. Me deprimiré	1	2	3	4	5	0
9. Tendré menos problemas con mis amigos	1	2	3	4	5	0
10. Me sentiré mejor conmigo mismo	1	2	3	4	5	0
11. Recuperaré el respeto hacia mí mismo	1	2	3	4	5	0
12. Lograré más cosas que quiero hacer	1	2	3	4	5	0
13. Tendré una mejor relación con mi familia	1	2	3	4	5	0
14. Tendré dificultades para enfrentar mis problemas	1	2	3	4	5	0

SI DEJO O REDUZCO EL CONSUMO DE ALCOHOL	No importante	Ligeramente importante	Moderadamente importante	Muy importante	Extremadamente importante	No aplica
15. Sentiré los síntomas de abstinencia (deseo intenso de consumir alcohol, intranquilidad y angustia)	1	2	3	4	5	0
16. Tendré demasiado tiempo libre	1	2	3	4	5	0
17. Tendré dificultades para no beber alcohol	1	2	3	4	5	0
18. Mi salud mejorará	1	2	3	4	5	0
19. Viviré más	1	2	3	4	5	0
20. Tendré más control de mi vida	1	2	3	4	5	0
21. Me aburriré	1	2	3	4	5	0
22. Estaré irritable	1	2	3	4	5	0
23. Tendré más estabilidad económica	1	2	3	4	5	0
24. Extrañaré el sabor del alcohol	1	2	3	4	5	0
25. Tendré una mejor relación con mis amigos	1	2	3	4	5	0
26. Me sentiré estresado	1	2	3	4	5	0
27. Ahorraré dinero	1	2	3	4	5	0
28. Extrañaré la sensación de sentirme tomado	1	2	3	4	5	0

Apéndice G

Escala de Estrés Percibido

Instrucciones: Las preguntas en esta escala hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos durante el **último mes**. En cada caso, por favor indique con una “X” cómo usted se ha sentido o ha pensado en cada situación.

En el último mes	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. ¿Con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. ¿Con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
3. ¿Con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
4. ¿Con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	0	1	2	3	4
5. ¿Con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	0	1	2	3	4
6. ¿Con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	0	1	2	3	4
7. ¿Con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	0	1	2	3	4
8. ¿Con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
9. ¿Con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	0	1	2	3	4
10. ¿Con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	0	1	2	3	4
11. ¿Con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4

En el último mes	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
12. ¿Con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?	0	1	2	3	4
13. ¿Con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?	0	1	2	3	4
14. ¿Con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

[illegible]

Apéndice I

Procedimiento para Tomar el Peso

Material y equipo

- Tanita
- Papel kraft o estraza
- Hoja de registro
- Pluma

Procedimiento:

1. Calibrar la tanita en ceros antes de tomar el peso.
2. Colocar un campo de papel de kraft o estraza en la base de la tanita.
3. Pedir a la persona que se descalce y se retire el exceso de ropa.
4. Colocar a la persona de pie y posición erguida, asegurándose que tenga las rodillas, espalda y hombros alineados, la vista al frente, con la cabeza descubierta de objetos y peinados que alteran la medición.
5. Se da lectura del peso de frente a la escala y se registra en kilogramos y gramos.

Apéndice J

Procedimiento Para Medir la Presión Arterial

La presión arterial es una medida de la presión ejercida por la sangre cuando fluye por las arterias. La presión sistólica es la presión que ejerce la sangre a consecuencias de la contracción de los ventrículos, la presión diastólica es la presión que resta cuando los ventrículos están en reporto; la presión arterial se mide en milímetros de mercurio - mmHg (Berman & Snyder, 2013, p. 560).

A continuación se muestra el procedimiento para medir la presión arterial, este fue tomado de la Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica (SS, 2009).

Material y Equipo:

- Esfigmomanómetro de mercurio
- Estetoscopio (marca)
- Bolígrafo (pluma)
- Hoja de registro

Aspectos generales:

- La medición se efectuará después de por lo menos, diez minutos en reposo.
- El participante se abstendrá de fumar, tomar café, productos cafeinados y refrescos de cola, por lo menos 30 minutos antes de la medición.
- No deberá tener necesidad de orinar o defecar.
- Estará tranquilo y en un ambiente apropiado.

Posición del paciente:

- La presión arterial se registrará en posición de sentado con un buen soporte para la espalda, con el brazo descubierto y flexionado a la altura del corazón.

Equipo y características:

- Preferentemente se utilizará el esfigmomanómetro mercurial o, en caso contrario, un esfigmomanómetro aneroides recientemente calibrado.
- El ancho del brazalete deberá cubrir alrededor del 40% de la longitud del brazo y la cámara de aire del interior del brazalete deberá tener una longitud que permita abarcar por lo menos 80% de la circunferencia del mismo.
- Para la mayor parte de los adultos el ancho del brazalete será entre 13 y 15 cm y, el largo, de 24 cm.

Procedimiento

1. El evaluador se sitúa de modo que su vista quedara a nivel del menisco de la columna de mercurio.
2. Se asegura que el menisco coincidiera con el cero de la escala, antes de empezar a inflar.
3. Se coloca el brazalete, situando el manguito sobre la arteria humeral y colocando el borde inferior del mismo 2 cm por encima del pliegue del codo.
4. Mientras se palpa la arteria humeral, se infla rápidamente el manguito hasta que el pulso desaparezca, a fin de determinar por palpación el nivel de la presión sistólica.
5. Se desinfla nuevamente el manguito y se coloca la cápsula del estetoscopio sobre la arteria humeral.
6. Se infla rápidamente el manguito hasta 30 o 40 mm de Hg por arriba del nivel palpatorio de la presión sistólica y se desinfla a una velocidad de aproximadamente 2 mm de Hg/seg.
7. La aparición del primer ruido de Korotkoff marca el nivel de la presión sistólica y el quinto, la presión diastólica.
8. Los valores se expresan en números pares y se anotan en la hoja de registro.

Apéndice K

Lista de Cotejo de Factibilidad de Reclutamiento de Participantes

Reclutamiento de participantes			
Aspectos a Evaluar	Número	Observaciones	
1. Empresas donde se solicitó permiso para reclutar participantes.			
2. Empresas que dieron autorización para reclutar participantes.			
3. Empresas que autorizaron y donde se realizó el reclutamiento de participantes.			
4. Personas que respondieron los instrumentos de inclusión.			
5. Personas que cumplieron con los criterios de selección del estudio.			
6. Personas que aceptaron a participar en el estudio.			
7. Personas que rechazaron participar en el estudio.			
Limitaciones en las instituciones laborales para el reclutamiento de participantes			
Aspectos a evaluar	SI	NO	Observaciones
1. Exceso de trabajo			
2. Horarios limitados			
3. Falta de interés de las autoridades de la institución en la intervención.			
1. Falta de interés de las autoridades en que sus trabajadores reduzcan su consumo de alcohol.			

Limitaciones para el reclutamiento informadas por el participantes			
Aspectos a evaluar	SI	NO	Observaciones
1. El trabajador considera no tener problemas con el consumo de alcohol.			
2. No existe en este momento interés por el trabajador en reducir su consumo de alcohol.			
3. El trabajador piensa que sus familiares consideran que él no tiene un problema con el consumo de alcohol			
4. El trabajador cree que sus familiares piensan que él no requiere reducir su consumo de alcohol en este momento			
5. El trabajador piensa que no puede recibir al facilitador en su domicilio.			
6. El trabajador comenta otras limitaciones para no participar en la intervención.			1 _____ 2 _____ 3 _____

Apéndice L

Lista de Cotejo de Factibilidad de la Entrega de la Intervención

Elementos a evaluar	SI	NO	Observaciones
1. ¿La entrega se hizo en la fecha y hora establecida?			
2. ¿Hubo reprogramación de citas?			Razones de reprogramación:
3. ¿Hubo interrupciones durante la entrega de la intervención?			Razones de las interrupciones:
4. ¿Se tuvo la necesidad de efectuar entrevistas adicionales para mantener la motivación con la intervención?			
5. ¿Se cumplieron con las actividades planeadas en cada una de las sesiones?			
6. ¿El participante cumplió con las tareas recomendadas por el facilitador?			
7. Otros aspectos observados durante la entrega de la intervención.			1 _____ 2 _____ 3 _____

Apéndice M

Cuestionario de Evaluación de la Intervención y Satisfacción del Participante

Parte A. Utilidad de los Elementos de la Intervención

Instrucciones: Esta sección tiene la finalidad de evaluar la utilidad de los elementos que integran la intervención para reducir el consumo de alcohol. Por favor, marque con una (X) el grado de utilidad que considera en cada elemento.

Elementos a evaluar	Muy útil	Útil	Algo útil	Nada útil
1. ¿Qué tan útiles fueron los consejos que se le ofrecieron sobre el afrontamiento de las situaciones de tentación de consumo, la identificación de una red de soporte social y la prevención de recaídas para lograr su meta?	4	3	2	1
2. ¿Qué tan útil fueron los contenidos del manual que se le entregó con información sobre consecuencias del consumo, tipos de consumo de alcohol, afrontamiento de situaciones de tentación de consumo y prevención de recaídas para lograr su meta?	4	3	2	1
3. ¿Qué tan útil fueron las tarjetas con frases de aliento que se le entregaron para lograr su meta?	4	3	2	1
4. ¿Qué tan útil fueron las llamadas telefónicas que se hicieron a usted con el propósito de resolver dudas y recordar la cita siguiente?	4	3	2	1
5. ¿Qué tan útil fueron las actividades realizadas durante las sesiones?	4	3	2	1
6. ¿Qué tan útil fueron las tareas que le recomendó el facilitador (enfermero) para realizar en casa?	4	3	2	1

Elementos a evaluar	Muy útil	Útil	Algo útil	Nada útil
7. ¿Qué tan útil fue la aplicación de reflexología facial para el logro de su meta?	4	3	2	1

8. En una escala del 1 al 10 ¿Cómo califica esta intervención?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Parte B. Satisfacción con la Intervención

Instrucciones: Esta sección tiene la finalidad de evaluar su satisfacción con la intervención para reducir el consumo de alcohol. Por favor, marque con una (X) el grado de satisfacción que considera en cada elemento.

Elementos a evaluar	Muy satisfecho	Satisfecho	Algo satisfecho	Nada satisfecho
1. ¿Qué tan satisfecho está con la forma en que fue invitado a participar en la intervención?	4	3	2	1
2. ¿Qué tan satisfecho está con el trato que recibió de los facilitadores (enfermeros) que aplicaron la intervención?	4	3	2	1
3. ¿Qué tan satisfecho está con la comunicación que tuvo con los facilitadores (enfermeros) que aplicaron la intervención?	4	3	2	1
4. ¿Qué tan satisfecho está el número de sesiones de la intervención?	4	3	2	1

Elementos a evaluar	Muy satisfecho	Satisfecho	Algo satisfecho	Nada satisfecho
5. ¿Qué tan satisfecho está con el tiempo de duración de cada sesión?	4	3	2	1
6. ¿Qué tan satisfecho está con recibir la intervención en la empresa donde labora?	4	3	2	1
7. ¿Qué tan satisfecho está con los resultados de la intervención (con el logro de su meta personal)?	4	3	2	1

8. En una escala del 1 al 10 ¿Qué tan satisfecho está con esta intervención?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Por favor escriba aquí sus comentarios y sugerencias

1. ¿Recomendaría esta intervención a un amigo o familiar que debería reducir el consumo de alcohol?

a) Si b) No

2. ¿Qué recomendaría usted mejorar de esta intervención? podría compartir su opinión

Apéndice N

Protocolo de Intervención de Enfermería para Reducir el Consumo de Alcohol en Trabajadores: Autoeficacia y Reflexología Facial

Este protocolo de intervención breve está dirigido a incrementar la autoeficacia y reducir el consumo de alcohol de riesgo en personas adultas que trabajan; ha sido diseñado con base en el protocolo y elementos del FRAMES (retroalimentación, responsabilidad, consejo, opciones de cambio, empatía, y autoeficacia) de Miller (1999), y fundamentado conceptualmente de las fuentes de información de la autoeficacia (experiencia vicaria y persuasión verbal) de la Teoría de Autoeficacia de Bandura (1977). Además la intervención incluye la reflexología facial como elemento encaminado a reducir el estrés de los individuos que trabajan en empresas de Nuevo León.

El protocolo se integra por siete sesiones individuales, una por semana, con una duración de 60 minutos por sesión. Este cuenta dos manuales: uno para el facilitador que llevará a cabo la entrega de la intervención y otro para el participante que le permitirá seguir las sesiones de la intervención y le ayudará a aclarar dudas entre cada una de las seis sesiones, además de incluir las tareas a realizar en casa. Así mismo se incluye el seguimiento telefónico del participante entre una sesión y otra.

Objetivo del protocolo: Guiar de forma sistemática la aplicación de la intervención en contenido y tiempo tanto por los facilitadores de la intervención como por los participantes con la finalidad de asegurar que la aplicación sea similar, sistemática y segura.

Sesión	Actividades	Materiales
<i>Sesión de medición inicial:</i> Evaluación inicial y fijar metas de la intervención Duración: 60 min	<ul style="list-style-type: none"> -Lectura del consentimiento informado y aplicar instrumentos de medición (40 min) -Fijar meta personal con el participante (por semana y final) del resultado de la intervención, horarios y lugar de la entrega de la intervención (semana, día y hora) 10 min. -Explicación del llenado en casa de la hoja de historial de consumo de alcohol-LIBARE (10 min). -Dar indicaciones para el inicio de la intervención tanto para el consejo breve como para la reflexología facial (usar ropa cómoda, como pants, playera y calcetas), esto con ayuda del tríptico informativo. -Entregar materiales al participante (manual del participante) -Solicitar datos de contacto al participante (teléfono de casa, celular, correo electrónico) e informarle que recibirá una llamada telefónica para el recordatorio de la próxima cita. 	<ul style="list-style-type: none"> -URICA -Consentimiento informado -Instrumentos de medición -Hoja de historial de consumo de alcohol(LIBARE) -Tanita -Baumanómetro con estetoscopio -Hoja de registro de peso y datos de contacto -Tríptico informativo previo a la aplicación de la intervención Manual del participante
<i>Sesión uno:</i> Consecuencias del consumo excesivo de alcohol y balance decisional Duración: 60 min	<ul style="list-style-type: none"> -Indagar para analizar junto con el participante el número de bebidas alcohólicas consumidas en una semana (revisar junto con el participante el LIBARE incluido en el manual del participante) y el número de ocasiones de consumo explosivo ocasional (5 min). Este elemento corresponde a la retroalimentación personalizada del FRAMES. -Ofrecer información al participante sobre los niveles sensatos y seguros de consumo de alcohol de acuerdo con los estándares en población mexicana (10min). Corresponde a la retroalimentación personalizada y la consejería del FRAMES. -Ofrecer información al participante de las consecuencias de consumir alcohol en exceso y del consumo explosivo ocasional con ayuda del folleto incluido en el manual del participante (10 min). Corresponde a la consejería del FRAMES. - Analizar junto con el participante los posibles costos y 	<ul style="list-style-type: none"> -Manual del participante -Hoja de historial de consumo de alcohol (LIBARE) -Tarjetas adhesivas con frases de aliento -Hoja de balance decisional -Hoja de Registro de Tentación de Consumo y Acciones -Aceite de lavanda -Sabana desechable - Tapete de espuma -Almohada pequeña -Audio con sonidos

	<p>beneficios de disminuir su consumo de alcohol, así como las razones para reducir su consumo y las razones para no hacerlo (utilizar la Hoja de balance decisional incluida en el manual del participante) 15min. Corresponde a la consejería y a la autoeficacia en del FRAMES.</p> <p>-Se entrega al participante dos tarjetas adhesivas con frases de aliento para reducir su consumo de alcohol y se le recomendarle que coloque las tarjetas en sitios donde pueda verlas diariamente (el refrigerador, el carro, la recamara) 5 min.</p> <p>-Se le entrega la Hoja de Registro de Tentación de Consumo y Acciones; donde se describen las situaciones de tentación de consumo de alcohol a las que se expuso el participante (ejemplo reunión social, fiesta, reunión de trabajo, invitación de amigos y compañeros, problemas laborales, o con la familia), donde indicara que acciones realizó para no consumir o para disminuir el consumo. Esta hoja se le explica al participante y se indica es la tarea de la semana la que se revisará en la siguiente sesión (5min).</p> <p>-Antes de iniciar la reflexología se pregunta al participante si siguió las indicaciones de no haber comido o bebido al menos dos horas antes y del uso de ropa cómoda; así mismo se pregunta si desea acudir al servicio sanitario. En caso de que haya consumido alimentos en las últimas dos horas se reprograma la sesión de reflexología facial.</p> <p>-Antes de iniciar la sesión de reflexología facial se crea en el espacio del domicilio del participante un ambiente agradable (música de sonidos de la naturaleza, velas aromáticas) donde se aplicará la terapia. El participante se colocará cómodamente ya sea en su cama, en un sillón o una mesa plegable de reflexología protegiendo estas con una sábana desechable.</p> <p>- Para iniciar la aplicación de la primera sesión de reflexología facial (15 min), se emite un sonido o vibración con un crótalo como señal del comienzo del masaje del Cráneo según Michio Kushi, seguir con los 32</p>	<p>de la naturaleza</p> <p>-Velas aromáticas</p> <p>-Mesa o silla plegable de reflexología</p> <p>-Un crótalo</p>
--	---	---

	<p>puntos de acupuntura y finalizar con el mapa del cuerpo mental oriental. Al concluir la reflexología se emite nuevamente el sonido o vibración del crótalo como señal de concluida la sesión. Se puede dejar reposar unos segundos al participante antes de incorporarse con la ayuda del facilitador.</p> <p>-Despedirse del participante y recordarle de que recibirá una llamada telefónica de seguimiento dos o tres días antes de la próxima sesión, para aclarar alguna duda de la sesión y recordar la próxima cita.</p>	
<p>Sesión dos:</p> <p>Situaciones de tentación de consumo y desarrollo de un plan para reducir el consumo de alcohol</p> <p>Duración: 60 min</p>	<p>-Analizar junto con el participante el número de bebidas alcohólicas consumidas en la semana anterior (revisar junto con el participante el LIBARE incluido en el manual del participante) y el número de ocasiones de consumo explosivo ocasional (5 min). Este elemento corresponde a la retroalimentación personalizada del FRAMES.</p> <p>-Recordar y resumir junto con el participante la información proporcionada en la sesión anterior (5 min).</p> <p>-Indagar las situaciones de tentación de consumo de alcohol, las estrategias utilizadas para resistir el consumo de alcohol y si consumió alcohol o no lo hizo (10 min). Para ello se revisa la Hoja de Registro de Tentación de Consumo y Acciones junto con el participante</p> <p>Corresponde a la consejería del FRAMES.</p> <p>-Ofrecer al participante estrategias alternativas para mantener un consumo sensato de alcohol (usar el folleto incluido en el manual del participante) y apoyarlo a desarrollar un plan de manejo de las situaciones de tentación de acuerdo a la meta establecida, en el cual se contemplen las posibles barreras para poner en práctica el plan (utilizar la Hoja de Plan de Acción incluida en el manual del participante). Además se entrega al participante dos tarjetas adhesivas con frases de aliento para reducir su consumo de alcohol (25 min). Corresponde a ofrecer un menú de opciones y a la autoeficacia del FRAMES.</p> <p>-Antes de iniciar la reflexología se pregunta al participante si siguió las indicaciones de no haber comido o bebido al</p>	<p>-Manual del participante</p> <p>-Hoja de historial de consumo de alcohol (LIBARE)</p> <p>-Hoja de Plan de Acción</p> <p>-Hoja de Registro de Tentación de Consumo y Acciones</p> <p>-Tarjetas adhesivas con frases de aliento</p> <p>-Aceite de lavanda</p> <p>-Sabana desechable</p> <p>- Tapete de espuma</p> <p>-Almohada pequeña</p> <p>-Audio con sonidos de la naturaleza</p> <p>-Velas aromáticas</p> <p>-Mesa o silla plegable de reflexología</p> <p>-Un crótalo</p>

	<p>menos dos horas antes y del uso de ropa cómoda; así mismo se pregunta si desea acudir al servicio sanitario. En caso de que haya consumido alimentos en las últimas dos horas se reprograma la sesión de reflexología facial.</p> <p>-Antes de iniciar la sesión de reflexología facial se crea en el espacio del domicilio del participante un ambiente agradable (música de sonidos de la naturaleza, velas aromáticas) donde se aplicará la terapia. El participante se colocará cómodamente ya sea en su cama, en un sillón o una mesa plegable de reflexología protegiendo estas con una sábana desechable.</p> <p>-Para iniciar la aplicación de la segunda sesión de reflexología facial (15 min), se emite un sonido o vibración con un crótalo como señal del comienzo del masaje del cráneo según Michio Kushi, seguir con el mapa zona de los aborígenes y finalizar con el mapa del cuerpo mental oriental. Al concluir la reflexología se emite nuevamente el sonido o vibración del crótalo como señal de concluida la sesión. Se puede dejar reposar unos segundos al participante antes de incorporarse con la ayuda del facilitador.</p> <p>-Despedirse del participante y recordarle de que recibirá una llamada telefónica de seguimiento dos o tres días antes de la próxima sesión, para aclarar alguna duda de la sesión y recordar la próxima cita.</p>	
<p>Sesión tres:</p> <p>Aumentar la autoeficacia para reducir el consumo de alcohol</p> <p>Duración: 60 min</p>	<p>-Analizar junto con el participante el número de bebidas alcohólicas consumidas en la semana anterior (revisar junto con el participante el LIBARE incluido en el manual del participante) y el número de ocasiones de consumo explosivo ocasional. Además de la Hoja de Registro de Tentación de Consumo y Acciones (10 min). Este elemento corresponde a la retroalimentación personalizada del FRAMES.</p> <p>-Recordar y resumir junto con el participante la información proporcionada en la sesión anterior (5 min)</p> <p>-Leer junto con el participante experiencias de personas que lograron reducir su consumo de alcohol (díptico de</p>	<p>-Manual del participante</p> <p>-Hoja de historial de consumo de alcohol (LIBARE)</p> <p>-Hoja de Registro de Tentación de Consumo y Acciones</p> <p>-Díptico con experiencias de participantes que redujeron su consumo</p>

	<p>experiencias). Ayudar al participante a identificar en las experiencias el papel de la responsabilidad y de creer en sí mismo para lograr reducir el consumo de alcohol (25 min). Corresponde a la Responsabilidad y a la Autoeficacia del FRAMES</p> <p>-Ayudar al participante a recordar sus metas escribiéndolas en tarjetas y entregar al participante dos tarjetas con frases de aliento para reducir su consumo de alcohol. Después recomendarle que coloque las tarjetas en sitios donde pueda verlas diariamente (el refrigerador, el carro, la recámara) 5 min. Corresponde a la Autoeficacia del FRAMES.</p> <p>-Antes de iniciar la reflexología se pregunta al participante si siguió las indicaciones de no haber comido o bebido al menos dos horas antes y del uso de ropa cómoda; así mismo se pregunta si desea acudir al servicio sanitario. En caso de que haya consumido alimentos en las últimas dos horas se reprograma la sesión de reflexología.</p> <p>-Antes de iniciar la sesión de reflexología facial se crea en el espacio del domicilio del participante un ambiente agradable (música de sonidos de la naturaleza, velas aromáticas) donde se aplicara la terapia. El participante se colocará cómodamente ya sea en su cama, en un sillón o una mesa plegable de reflexología protegiendo estas con una sábana desechable.</p> <p>-Para iniciar la aplicación de la tercera sesión de reflexología facial (15 min), se emite un sonido o vibración con un crótalo como señal del comienzo del masaje del Cráneo según Michio Kushi, seguir con los 32 puntos de acupuntura y finalizar con el mapa del cuerpo mental oriental. Al concluir la reflexología se emite nuevamente el sonido o vibración del crótalo como señal de concluida la sesión. Se puede dejar reposar unos segundos al participante antes de incorporarse con la ayuda del facilitador.</p> <p>-Despedirse del participante y recordarle de que recibirá una llamada telefónica de seguimiento dos o tres días antes</p>	<p>de alcohol</p> <ul style="list-style-type: none"> -Tarjetas adhesivas con frases de aliento -Aceite de lavanda -Sábana desechable - Tapete de espuma -Almohada pequeña -Audio con música de sonidos de la naturaleza -Velas aromáticas -Mesa o silla plegable de reflexología -Un crótalo
--	--	---

	de la próxima sesión, para aclarar alguna duda de la sesión y recordar la próxima cita.	
<p>Sesión cuatro:</p> <p>Desarrollar habilidades de rechazo del consumo y búsqueda de apoyo social</p> <p>Duración: 60 min</p>	<p>-Analizar junto con el participante el número de bebidas alcohólicas consumidas en la semana anterior (revisar junto con el participante el LIBARE incluido en el manual del participante) y el número de ocasiones de consumo explosivo ocasional. Además de la Hoja de Registro de Tentación de Consumo y Acciones (10 min). Este elemento corresponde a la retroalimentación personalizada del FRAMES.</p> <p>-Recordar y resumir junto con el participante la información proporcionada en la sesión anterior (5 min).</p> <p>- Ayudar al participante desarrollar habilidades de manejo de situaciones de tentación de consumo de alcohol mediante guía de casos donde hipotéticamente él participante se encuentra en escenarios diversos y en diferentes situaciones de tentación donde ejemplifica por escrito y de forma verbal que estrategias el aplicaría. Además se entrega al participante tarjetas con frases de aliento para reducir su consumo de alcohol (20 min). Estos elementos, ofrecer un menú de opciones y la autoeficacia del FRAMES.</p> <p>-Ayudar al participante a identificar una red de soporte social (familiares/amigos) que lo apoyen en el cumplimiento de su meta de reducción de consumo de alcohol; se entrega un mapa con una red de soporte social que el llenara durante la semana, señalando posibles acciones de apoyo de su red para logro de la meta Además se hará entrega de un díptico con estrategias de apoyo a las personas que sirvan de soporte al participante (10 min). Corresponde a la consejería y a ofrecer un menú de opciones del FRAMES.</p> <p>-Antes de iniciar la reflexología se pregunta al participante si siguió las indicaciones de no haber comido o bebido al menos dos horas antes y del uso de ropa cómoda; así mismo se pregunta si desea acudir al servicio sanitario. En caso de que haya consumido alimentos en las últimas dos</p>	<p>-Manual del participante</p> <p>-Hoja de historial de consumo de alcohol (LIBARE)</p> <p>-Hoja de Registro de Tentación de Consumo y Acciones</p> <p>-Díptico: ¿Cómo puede apoyar a un familiar/ amigo a cumplir su meta de reducir su consumo de alcohol?</p> <p>-Tarjetas adhesivas con frases de aliento</p> <p>-Aceite de lavanda</p> <p>-Sabana desechable</p> <p>- Tapete de espuma</p> <p>-Almohada pequeña</p> <p>-Casos de situaciones de tentación en diferentes contextos e incluye estrategias asertivas</p> <p>-Mapa de red de soporte social</p> <p>-Audio con música de sonidos de la naturaleza</p> <p>-Velas aromáticas</p> <p>-Mesa o silla plegable de reflexología</p> <p>-Un crótalo</p>

	<p>horas se reprograma la sesión de reflexología.</p> <p>-Antes de iniciar la sesión de reflexología facial se crea en el espacio del domicilio del participante un ambiente agradable (música de sonidos de la naturaleza, velas aromáticas) donde se aplicara la terapia. El participante se colocará cómodamente ya sea en su cama, en un sillón o una mesa plegable de reflexología protegiendo estas con una sábana desechable.</p> <p>-Para iniciar la aplicación de la cuarta sesión de reflexología facial (15 min), se emite un sonido o vibración con un crótalo como señal del comienzo del masaje del cráneo según Michio Kushi, seguir con el mapa zona de los aborígenes y finalizar con el mapa del cuerpo mental oriental. Al concluir la reflexología se emite nuevamente el sonido o vibración del crótalo como señal de concluida la sesión. Se puede dejar reposar unos segundos al participante antes de incorporarse con la ayuda del facilitador.</p> <p>-Despedirse del participante y recordarle de que recibirá una llamada telefónica de seguimiento dos o tres días antes de la próxima sesión, para aclarar alguna duda de la sesión y recordar la próxima cita.</p>	
<p>Sesión cinco:</p> <p>Evaluación de la intervención y satisfacción del participante</p> <p>Duración: 60 minutos</p>	<p>-Analizar junto con el participante el número de bebidas alcohólicas consumidas en la semana anterior (revisar junto con el participante el LIBARE incluido en el manual del participante) y el número de ocasiones de consumo explosivo ocasional. Además de la Hoja de Registro de Tentación de Consumo y Acciones (10 min). Este elemento corresponde a la retroalimentación personalizada del FRAMES.</p> <p>-Revisar con el participante como hizo la entrega del tríptico a su red de apoyo y cuál fue su experiencia (5min)</p> <p>-Se le pide al participante que establezca metas realistas de consumo para los próximos 3 meses, considerando sus avances y posibles tropiezos a lo largo de la intervención (10 min). Corresponde a la retroalimentación personalizada del FRAMES.</p>	<p>-Manual del participante</p> <p>-Hoja de historial de consumo de alcohol (LIBARE)</p> <p>-Hoja de Registro de Tentación de Consumo y Acciones</p> <p>-Tarjetas adhesivas con frases de aliento</p> <p>-Cuestionario de evaluación de elementos de la intervención</p> <p>-Cuestionario de</p>

	<p>-Identificar con el participante los elementos de la intervención que considera le fueron de mayor utilidad y cuales fueron de menos ayuda. Además identificar qué elementos el participante considera deben ser eliminados o modificados, así como que aspecto deben ser integrados. Así mismo se indaga si el participante se siente satisfecho con la intervención, con los resultados obtenido, y si la recomendaría a otras personas con consumo de riesgo de alcohol. Esto mediante el Cuestionario de Evaluación de la Intervención y Satisfacción del Participante (15 min).</p> <p>-El participante firma el formato de compromiso de continuar con la meta de tener un consumo sensato de alcohol. Además se entrega al participante tarjetas con frases de aliento para continuar con la meta de reducir su consumo de alcohol (5 min).</p> <p>-Antes de iniciar la reflexología se pregunta al participante si siguió las indicaciones de no haber comido o bebido al menos dos horas antes y del uso de ropa cómoda; así mismo se pregunta si desea acudir al servicio sanitario. En caso de que haya consumido alimentos en las últimas dos horas se reprograma la sesión de reflexología.</p> <p>-Antes de iniciar la sesión de reflexología facial se crea en el espacio del domicilio del participante un ambiente agradable (música de sonidos de la naturaleza, velas aromáticas) donde se aplicara la terapia. El participante se colocará cómodamente ya sea en su cama, en un sillón o una mesa plegable de reflexología protegiendo estas con una sábana desechable</p> <p>-Para iniciar la aplicación de la quinta sesión de reflexología facial (15 min), se emite un sonido o vibración con un crótalo como señal del comienzo del masaje del Cráneo según Michio Kushi, seguir con los 32 puntos de acupuntura y finalizar con el mapa del cuerpo mental oriental. Al concluir la reflexología se emite nuevamente el sonido o vibración del crótalo como señal de concluida la sesión. Se puede dejar reposar unos segundos al participante antes de incorporarse con la ayuda</p>	<p>Evaluación de la Intervención y Satisfacción del Participante</p> <ul style="list-style-type: none"> -Aceite de lavanda -Sábana desechable - Tapete de espuma -Almohada pequeña -Audio con música de sonidos de la naturaleza -Velas aromáticas -Mesa o silla plegable de reflexología -Un crótalo
--	---	---

	<p>del facilitador.</p> <p>-Despedirse del participante y recordarle de que recibirá una llamada telefónica de seguimiento dos o tres días antes de la próxima sesión, para aclarar alguna duda de la sesión y recordar la próxima cita.</p>	
<p><i>Sesión doble cero:</i></p> <p>Evaluación final</p> <p>Duración: 50 minutos</p>	<p>-Analizar junto con el participante el número de bebidas alcohólicas consumidas en la semana anterior (revisar junto con el participante el LIBARE incluido en el manual del participante) y el número de ocasiones de consumo explosivo ocasional. Además de la Hoja de Registro de Tentación de Consumo y Acciones (10 min). Este elemento corresponde a la retroalimentación personalizada del FRAMES.</p> <p>-Ofrecer al participante recomendaciones finales para el cumplimiento de su meta de reducción de consumo de alcohol (15 min)</p> <p>-Aplicar instrumentos de medición (25 min)</p> <p>-Se agradece al participante por su tiempo y por el cumplimiento de la meta y su compromiso con la intervención. Se deja abierta la posibilidad de que el participante si tiene alguna duda posterior se comunique con el facilitador.</p>	<p>-Manual del participante</p> <p>-Hoja de historial de consumo de alcohol (LIBARE)</p> <p>-Hoja de Registro de Tentación de Consumo y Acciones</p> <p>-Instrumentos de medición</p> <p>-Tanita</p> <p>-Baumanómetro con estetoscopio</p>

Apéndice O

Consentimiento Informado

Título del Proyecto: Intervención Breve de Enfermería para Reducir el Consumo de Alcohol en Trabajadores: Autoeficacia y Reflexología Facial

Investigador Responsable: MCE. Aldri Roger Reyes Cruz

Prólogo: El Enfermero Aldri Roger Reyes está interesado en conocer aspectos que afectan la salud de los trabajadores en particular sobre el consumo de alcohol. Por lo anterior me invita a participar en una intervención para reducir el estrés y el consumo de alcohol, como parte de sus estudios de doctorado en enfermería. Además me informa debo dar respuesta a 6 instrumentos y una cédula de datos que abordan aspectos relacionados con el consumo de alcohol y el estrés. Antes de decidir participar o no participar, necesito saber cuál es el propósito del estudio y procedimientos que se aplicaran en la intervención, si existen riesgos, los beneficios de participar y mis derechos como participante.

Propósito del Estudio: Valorar la factibilidad y resultados de una Intervención Breve de enfermería basada en la autoeficacia y la Reflexología Facial para la reducción de la percepción de estrés y el consumo de alcohol en trabajadores.

Procedimiento

- Si usted acepta participar, le pido que firme el consentimiento informado.
- Se le aplicarán seis cuestionarios y formará parte de la intervención.
- Los cuestionarios serán aplicados en la empresa donde laboral el día y hora que usted disponga; se protegerá su privacidad, no identificándolo por su nombre, ni dirección o cualquier dato que revele su identidad.
- Las preguntas que se le realizarán serán en relación a su consumo de alcohol y su percepción de estrés, así como para evaluar la intervención.

- La intervención a la que se le invita a participar tendrá una duración de ocho semanas, las cuales se distribuirán una sesión por semana, con una duración de una hora cada una.
- La intervención llevada a cabo en su domicilio, la fecha y hora que considere conveniente, de tal forma que no interfiera con sus actividades laborales y personales.
- Durante la intervención se le ofrecerá información sobre las consecuencias del consumo excesivo de alcohol y de los beneficios de reducir el consumo, analizará las situaciones de tentaciones de consumo de alcohol, elaborará un plan para reducir el consumo y fortalecerá habilidades para controlar el consumo de alcohol.
- Durante la intervención se le aplicará una terapia de reflexología facial, la cual está dirigida a reducir el estrés.
- Su participación en la intervención y la información que proporcione será confidencial y no se dará a conocer a las autoridades de la industria.
- Usted tiene la plena libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y en caso que desee dejar de participar en el estudio de investigación, tenga la seguridad que no habrá ningún tipo de repercusión.

Riesgos del Estudio: No existen riesgos serios relacionados con su participación en el estudio, si usted se siente indisposto o no desea seguir hablando de un tema puede retirarse en el momento que lo decida; o bien, detenerse un momento y luego continuar respondiendo los cuestionarios o realizando las actividades de la intervención.

Beneficios Esperados: En este estudio no existen beneficios personales, sin embargo los resultados podrían ser de utilidad en un futuro para el desarrollo de programas para la reducción del consumo de alcohol.

Costos: No hay ningún costo por participar en el estudio, todos los materiales necesarios para aplicar la intervención serán proporcionados por el investigador.

Autorización para uso y distribución de la información para la investigación: Las únicas personas que conocerán que participó en este estudio de investigación seremos usted y los investigadores responsables, ninguna información dada se distribuirá a ninguna persona. La información proporcionada será procesada y resguardada por el investigador responsable en un término de 12 meses y los resultado del estudio se darán a conocer únicamente de forma general, nunca se presentará información personalizada.

Derecho de Retratar: Su participación en este estudio es voluntaria, la decisión de participar o no participar, no afectará su relación actual con su institución de trabajo, si decide participar tiene la libertad de retractarse en cualquier momento.

Preguntas: Si usted tiene alguna duda o aclaración acerca de este estudio por favor comuníquese a la Secretaría de Investigación con los responsables de la Comisión de Ética de la Facultad de Enfermería, que los puede localizar en la Subdirección de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, al teléfono 83481847, dirección Avenida Gonzalitos 1500, Colonia Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León.

Consentimiento: Yo voluntariamente acepto participar en este estudio y contestar los cuestionarios señalados. Yo he leído la información en este formato y no tengo dudas al respecto. Aunque estoy aceptando participar en este estudio, no estoy renunciando a ningún derecho y puedo cancelar mi participación en cualquier momento.

Firma de Participante

Firma del Investigador

Firma del Testigo 1

Firma del Testigo 2

Dirección: _____

Dirección: _____

Fecha: _____

Resumen Autobiográfico

MCE. Aldri Roger Reyes Cruz

Candidato para obtener el Grado de Doctor en Ciencias de Enfermería

Tesis: INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA REDUCIR EL CONSUMO DE ALCOHOL EN TRABAJADORES: AUTOEFICACIA Y REFLEXOLOGÍA FACIAL

Biografía: Nacido en Macuspana, Tabasco, el 05 de Abril de 1989, hijo del Sr. José Luis Reyes Cruz y la Sra. Rosa Elvira Cruz Cruz.

Educación: Egresado con mención de honor de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco con el grado de Licenciado en Enfermería en el 2013, obtuvo el tercer lugar de aprovechamiento académico de su generación. Egresado de la Universidad Autónoma de Nuevo León con el grado de Maestro en Ciencias de Enfermería en el 2016, obtuvo el primer lugar de aprovechamiento académico de su generación. Becario del Concejo Nacional de Ciencia y Tecnología para obtener el grado de Doctor en Ciencias de Enfermería en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, durante el periodo 2016-2019. Miembro activo de Sigma Theta Tau International, Honor Society of Nursing, Capítulo Tau Alpha desde el 2015.

Experiencia laboral: Enfermero en el Hospital Regional Dr. Juan Graham Casasús de Tabasco (2013-2014), profesor por horas en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León. [Miembro activo de Sigma Theta Tau International, Honor Society of Nursing, Capítulo Tau Alpha desde el 2015].

Artículos publicados: 1) Estrés laboral, resiliencia y consumo de alcohol en trabajadores de la industria, en la revista Health and Addictions en 2018, 2) Modos de implementación de intervenciones breves para reducir el consumo de alcohol en trabajadores, en Journal Health NPEPS en 2017, 3) Consejo breve y reflexología facial para reducir el estrés y el consumo de alcohol, en la revista Health and Addictions en 2019.

E-mail: roger5489@hotmail.com